

TRAITÉ

DE

MÉDECINE PRATIQUE.

PARIS. — IMPRIMERIE DONDEY-DUPRÉ
Rue Saint-Louis, 46, au Marais.

TRAITÉ

DE

MÉDECINE PRATIQUE

ET DE

PATHOLOGIE IATRIQUE OU MÉDICALE,

COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

PAR

P. A. PIORRY,

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
MÉDECIN DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ, MEMBRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,
DES SOCIÉTÉS MÉDICALES DE TOURS, DE BOULOGNE, DE GOETTINGUE,
DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE MADRID,
DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE SUÈDE,
DE LA SOCIÉTÉ ROYALE ET IMPÉRIALE DES MÉDECINS DE VIENNE, ETC.

TOME V.

MONOGRAPHIES OU SPÉCIALITÉS.

TOME IV.

ANGIBRÔMIES (Maladies du tube digestif).
SIALADÉNIES (Maladies des glandes salivaires).
HEPATHIES (Maladies du foie).

A PARIS,

CHEZ J.-B BAILLIÈRE, LIBRAIRE, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 17;

A LONDRES,

CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT STREET.

1844

NOMENCLATURE ORGANO-PATHOLOGIQUE

OU ONOMAPATHOLOGIE.

PARTICULES initiales qu'on peut placer avant ou après le corps du mot.	SIGNIFICATION dans la nomenclature.	NOM de l'organe, du liquide, etc.	SIGNIFICATION dans la nomenclature.	PARTICULES finales ou désinences.	SIGNIFICATION des particules finales dans la nomenclature.
hyper	degré élevé.	organo	organe.	pathie *	souffrance, affection.
hypo	faible degré.	hémo	sang.	topie	lieu, siége.
pan	partout.	cardio	cœur.	célie	tumeur, hernie.
poly	en grand nombre.	pneumo	poumon.	morphie	forme.
mono	un seul.	pleuro	plèvre, côte.	trophie	volume, texture.
a, an	absence de.	gastro	estomac.	macrosie	grosseur.
nomo	nomal.	entéro	intestin.	microsie	petitesse.
dys	action difficile.	hépato	foie.	sténosie	resserrement, coarctation.
dynamo	force.	spléno	rate.	ectasie **	dilatation, extension.
océo	aigu, rapide.	néphro	reins.	sclérosie	induration.
chrono	chronique.	utéro	matrice.	malaxie	ramollissement.
hydro	eau, sérosité.	ovaro	ovaire.	traumatie	blessure, plaie.
aéro	air, gaz.	péritono	péritoine.	diastasie	écartement.
hémo	sang.	encéphalo	encéphale.	clasie	rupture, fracture.
choli	bile.	myélo	moelle.	trypie	trou, perforation.
uro	urine.	méningo	méninges, membranes.	emphraxie	obstruction, embarras
siala	salive.	angio	vaisseaux.	hémie	congestion sanguine.
blen	mucosité.	adéno	glandes.	hématosie	hématose.
galacto	lait.	ophthalmo	œil.	ite	inflammation.
scor	fèces.	oto	oreille.	crinie	sécrétion.
plastico	plasticité.	arthro	articulation.	rhagie	écoulement de sang.
pyo	pus.	ostéo	os.	rhée	écoulement de liquides blancs.
toxico	poison.	myo	muscle.	aphrosie	écume.
septico	septique.	ethmo	tissu cellulaire.	kystie	kyste.
litho	pierre, calcul.	phlébo	veine.	elcosie	ulcère.
helmintho	ver.	phlébartéro	artère pulmonaire	ostéie	os.
zoo	animal.	angioleuco	vaisseau lymphatique.	lithie	concrétion.
dexio	droit.	angiairo	conduit de l'air.	phymie	tubercules.
aricéro	gauche.	angibromo	tube digestif.	choïradosie	scrofules.
méta	changement.	rhino	nez.	syphilidie	syphilis.
cleitro	cloison.	psycho	intelligence.	hémathoïdie	hémathoïde, érectile.
angicholo	vaisseaux biliaires.			mélanosie	mélanose.
cysticholo	vésicule biliaire.			scirrhosie	squirre.
angiosiale	conduit salivaire.			encéphaloïdie	encéphaloïde.
stoma.	ouverture, bouche.			nervie	action nerveuse.
bromo	aliment.			esthésie	sensibilité.
				algie	douleur.
				myosie	action musculaire, myotilité.
				dynamie	puissance.
				sthénie	force.
				nécrosie	mort.

* *pathie* ou par abréviation *ie* (souffrance, affection). — ** *asie*, par abréviation d'*ectasie* (dilatation)

Quand deux voyelles ou deux syllabes se touchent, et que, *sans altérer le sens*, on peut en supprimer une, il est bon de le faire. — Exemples : gastrentérite pour gastro-entérite ; sialadénie pour sialo-adénie ; hépathie pour hépatopathie ; péritonie pour péritonipathie ; anomorphie pour anomomorphie, etc.]

AVANT-PROPOS

DU CINQUIÈME VOLUME.

L'auteur avait l'intention, dans ce volume, de réunir à l'histoire des maladies du tube digestif, des glandes salivaires et du foie, l'étude des affections de la rate. Il voulait y intercaller le mémoire et les observations qu'il a eu l'honneur de soumettre cette année à l'Académie des Sciences. L'étendue du sujet qu'il avait à traiter ne lui a pas permis de le faire ; car, en agissant de la sorte il aurait été dans la nécessité de tronquer le travail relatif aux splénopathies ou d'étendre indéfiniment ce volume. Il préfère, pour l'utilité scientifique et pour celle des élèves, ajouter un tome de plus à cet ouvrage.

La première livraison, *qui paraîtra au mois d'avril prochain*, renfermera donc l'étude des splénopathies, celle des affections des reins (déjà si avancée par M. Rayer), et l'histoire des maladies utérines et péritonéales.

L'ouvrage tout entier sera publié en 1846, car le sixième volume (le cinquième des monographies) paraîtra le 1er avril 1845, le septième, le 1er janvier 1846, le huitième, en novembre suivant; il restera donc pour décembre 1846, la seconde édition du traité des altérations du sang, formant le troisième volume, qui seul est resté en arrière; en effet, l'auteur préférait publier d'abord des faits peu connus, que de reproduire un ouvrage qui certes a cependant besoin d'être revu et d'avoir de nombreuses additions.

Ainsi, l'ensemble du travail qui aura autant de matière que plusieurs dictionnaires de médecine à auteurs multiples, paraîtra en moins de temps que la plupart de ces ouvrages. Toutes ses par-

ties seront coordonnées, partout l'esprit en sera le même, et peut-être le lecteur trouvera-t-il que l'amour de la vérité, que l'éloignement des hypothèses stériles et de toute idée préconçue, que l'intention d'être juste envers ses amis, ses émules et ses dissidents, et surtout que l'extrême désir d'être utile à l'humanité et à la science, ont dirigé la plume de l'écrivain.

Dans l'intention de consacrer le moins de pages possible à cette vaste publication, l'auteur s'est efforcé de resserrer son style; d'éviter les mots ou les phrases inutiles, les répétitions sans but, et les adjectifs qui n'exprimeraient pas une pensée applicable. La nomenclature l'a singulièrement servi pour éviter des périphrases et pour donner de l'euphonie ou de la concision au style. L'auteur a écouté la critique bienveillante et juste; il a corrigé des mots vicieux ou mal composés; il a abrégé des termes trop longs; il a tourné adjectivement certains substantifs dont l'étendue était démesurée; il a évité les mots hybrides, et de cette sorte la nomenclature a beaucoup gagné. Heureusement qu'elle a aussi beaucoup progressé dans l'esprit des médecins et des élèves. On a vu enfin qu'il ne s'agissait pas ici de mots, mais bien de choses. On a vu que c'était par amour de la science, par conviction, et non pas par le désir d'innover, que l'auteur avait voulu réformer le langage.

Le succès de cet ouvrage est très-satisfaisant. Il l'eût été davantage encore si l'on eût fait le sacrifice de la nomenclature. L'auteur le savait : il ne l'a pas fait; il ne s'en repent pas. Ce n'était pas une spéculation à laquelle il se livrait; c'était un devoir qu'il s'imposait. Il l'a accompli; et déjà le public médical commence à lui en savoir gré.

Le *Compendium* de médecine pratique, beaucoup de traités modernes, français et étrangers, ont adopté un grand nombre des expressions de l'onomapathologie, les élèves s'en servent et dans les examens, et même dans leur conversation; son succès d'avenir est donc assuré; reste le temps présent: beau-

coup de médecins ne sont pas familiarisés avec elle, leurs oreilles ne sont pas faites à quelques éléments des mots de la nomenclature; ils ne sont pas encore au courant des idées qui en ont fait une nécessité. Pour eux, exclusivement pour eux, la traduction, des mots nouveaux, en langage ancien, se trouve placée dans les titres courants, tout à côté des expressions de l'onomapathologie. On ne peut donc dire, sans injustice, que la réforme linguistique consacrée par cet ouvrage, en rende la lecture difficile. Nous ne craignons pas d'aller plus loin; nous déclarons sans crainte que le style gagne infiniment, comme harmonie et comme expression, à l'emploi des mots consacrés par la nomenclature nouvelle.

C'est un très-grand tort de reprocher aux auteurs modernes leur néologisme. Pour peu que l'on cultive les langues étrangères, on voit ce qui manque à la nôtre. On voit que nous ne pouvons en général composer à volonté des mots avec des éléments qui, réunis, expriment nettement des idées composées de la signification partielle de ces mêmes éléments. C'est un inconvénient auquel les emprunts faits à la langue grecque remédient: loin de blâmer les auteurs qui créent des mots expressifs et convenables, cherchons à faire pénétrer ceux-ci dans la langue vulgaire. Avant la *pléiade*, on ne connaissait même pas le mot de patrie. Les puristes, les académiciens du temps, furent peut-être longtemps à l'adopter; mais le mot de patrie n'en est pas moins resté dans le langage, comme l'idée de patrie est restée dans les cœurs généreux. De notre temps, que les termes dérivés du grec, et convenablement tournés en français, de la même façon qu'Horace le proposait pour la langue des Romains, mettent le langage au niveau des idées qu'a enfantées le progrès des sciences! Notre langue est déjà la langue européenne. Favorisons cette tendance, varions ses locutions, en fécondant son génie, et en faisant que, mère adoptive des langues étrangères, elle s'enrichisse de leurs beautés!

Le volume qui paraît contient un grand nombre d'applications

pratiques de la plessimétrie. Elles sont toutes déduites de l'expérimentation au lit du malade ou d'inductions les plus sévères, tirées de l'anatomie pathologique et des autres faits diagnostiques connus.

C'est avec bonheur que l'auteur voit se répandre les études plessimétriques. La pratique de la médecine y gagnera, l'humanité en profitera, la confiance du médecin en sa science augmentera, et la profession s'en ressentira. On nous reproche d'exercer un art conjectural; prouvons que le diagnostic, qui est sa base véritable, est, en grande partie, devenu positif, et arrivons, preuve en main, à démontrer que la thérapeutique se perfectionne d'autant plus, et devient d'autant plus certaine, que l'on sait mieux déterminer les états organopathologiques qu'il s'agit de combattre. Faisons trêve à nos petites rivalités comme à nos querelles d'amour-propre, entrons tous dans la voie du véritable progrès, qui est celle du diagnostic ; ne laissons pas les étrangers, qui maintenant s'occupent si activement de plessimétrie, nous dépasser dans cette voie féconde ; réunissons nos efforts pour multiplier les faits, pour les étendre et pour généraliser des études que nos consciences de médecins ne nous permettent pas d'abandonner à un petit nombre d'hommes.

TRAITÉ

DE

MÉDECINE PRATIQUE

ET DE

PATHOLOGIE IATRIQUE.

ANGIBROMIES *,

OU MALADIES DU CONDUIT ALIMENTAIRE.

CHAPITRE PREMIER.

ANGIBROMIES CONSIDÉRÉES EN GÉNÉRAL.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

7346. On a procédé pour les affections du tube digestif de la même façon qu'on l'avait fait pour celles du conduit de l'air. On a étudié en détail chaque lésion existant dans chaque division du conduit des aliments, et l'on n'a point traité d'une manière générale les souffrances de même nature se déclarant à la fois ou successivement dans toute l'étendue du canal alimentaire. Cette méthode est vicieuse. Plusieurs affections de la partie supérieure du conduit digestif peuvent être rapprochées avec le plus grand avantage des mêmes états maladifs, étudiés dans la région inférieure de ce long canal. De là des répétitions inutiles, des redites continuelles sur l'étiologie, la pathologie et la thérapeutique; c'est peut-être faute d'une expression convenable qui désigne le tube digestif dans son ensemble que l'on en a agi ainsi. Nous ne suivrons point cette marche. Conformément aux principes établis dans notre premier volume, nous donnerons au conduit des aliments considéré dans son ensemble un nom qui le désigne nettement; ajoutant à ce mot les désinences qui expriment les diverses lésions dont le tube alimentaire peut être le siége, et les antécédents

* Par abréviation d'angibrômopathies, d'ἀγγεῖον, vaisseau, conduit; de βρῶμα, βρώματος, aliment, nourriture, et de πάθος, affection, souffrance.

qui en indiquent les causes, le caractère ou le degré. Nous établirons des considérations générales sur ces affections; puis, appliquant celles-ci aux diverses divisions de ce conduit, nous n'aurons alors à tracer que les particularités en rapport avec les souffrances de chaque fraction de l'appareil digestif : notre marche, en un mot, sera ici la même que pour l'angiairite (N° 5846.)

Dénomination générale du tube digestif : Angibrôme.

7347. Les organes alimentaires, chez l'homme, constituent dans leur ensemble un conduit commençant à la bouche et finissant à l'anus, et qui peut être réduit par la pensée à la forme d'un long vaisseau, destiné à contenir, à faire progresser, à préparer, à animaliser, à absorber la substance nutritive, et enfin à excréter le résidu de la digestion. Chez un grand nombre d'animaux, inférieurement placés dans l'échelle des êtres, le tube digestif offre presque la disposition vasculaire. On peut donc donner à l'ensemble de l'appareil digestif le nom d'angios (vaisseau), et comme c'est la nourriture qui se trouve dans sa cavité, et que le mot brôme en grec signifie aliment (1), il est très-logique de désigner le canal alimentaire, considéré en général, sous le nom d'angibrôme, qui manque en anatomie. Nous n'aurons plus alors qu'à faire suivre ce mot par les désinences pathie, sténosie, ectasie, hémie, rhagie, etc., pour exprimer les diverses lésions dont le tube digestif, considéré en général, peut être atteint.

Coup d'œil général sur le tube digestif ou angibrôme.

7348. Les divers organes que l'anatomie admet avec raison

(1) Il nous a été impossible de faire choix ici du mot tropho, de τροφή (nourriture ou aliment), parce qu'il est employé en médecine pour exprimer le volume des parties. Il a fallu renoncer aussi à l'expression σιτος (blé, aliment), parce qu'il se serait très-difficilement prêté au système général de l'onomapathologie. Angiosite eût signifié, par exemple, et le tube digestif, et l'inflammation d'un vaisseau; angiosisite aurait dû servir à exprimer la phlegmasie du tube alimentaire. Il est bien vrai qu'en grec *broma* veut dire tout aussi bien fétidité, mauvaise odeur, que nourriture; de là le mot brome pour désigner un des métaux (un accent seul différencie ces deux significations). Mais c'est là un faible inconvénient, car, en définitive, presque partout le tube digestif contient des produits fétides, et, sous ce rapport, le nom d'angibrôme lui est assez applicable. D'ailleurs l'expression *brôma* est depuis longtemps employée en médecine pour former des mots composés. Linné s'en servit pour désigner le cacao, qu'il appela *théobrôme*, aliment des dieux, à cause du goût excellent qu'il lui trouvait. On trouve dans le *Dictionnaire de Capuron et Nysten* le mot *bromatologie*, qui signifie, suivant les auteurs, traité des aliments.

dans l'étendue du conduit digestif sont marqués par des alternatives de dilatation et de resserrements, qui se trouvent être en rapport avec des modifications de fonctions propres aux sections variées du conduit alimentaire. La bouche (*stoma*), conduit préparateur, est limitée par le voile du palais, au-dessous duquel commence sous le nom de *pharynx* et finit sous celui d'*œsophage* un simple canal de transmission, terminé par un rétrécissement (*cardia*) ; plus bas l'angibrôme se dilate pour donner naissance à l'estomac (*gastro*), où les aliments doivent séjourner et être convertis en chyme. Un rétrécissement nouveau (*pyloro*) est l'une des causes de cet utile séjour ; plus inférieurement s'élargissant, recevant les sucs biliaires et pancréatiques, le tube digestif devient l'intestin (*entéro*) dans lequel s'accomplit la chylification, laquelle se termine à une ouverture très-étroite à replis valvulaires, et qui constitue une limite tranchée entre deux fractions du tube alimentaire; la première de celles-ci contient des substances encore utiles à la nutrition; la seconde, plus large, ne renferme que des résidus (*scores* ou *fèces*) qu'il s'agit d'évacuer. La dernière portion du canal digestif (qui mériterait donc le nom d'*angiscore* et embrasserait dans son étendue le cœcum, le colon et le rectum) se termine enfin par un rétrécissement à limbe musculaire et auquel on a donné le nom d'anus.

7349. Partout le tube digestif, destiné à recevoir des aliments ou des boissons dont les proportions sont très-variées, est dilatable, mais cette dilatabilité varie en raison des fractions du conduit appelées à exécuter des actions différentes.

7350. Toutes les divisions de l'angibrôme ont une organisation fort analogue. Une membrane muqueuse doublée de couches musculaires plus ou moins épaisses, des vaisseaux, des follicules muqueux, se rencontrent dans toutes les fractions du tube digestif, et celles-ci présentent seulement des particularités qui sont en rapport avec les actions spéciales dont sont chargées ces mêmes divisions. C'est ainsi que la bouche contient des appareils pour la mastication et pour l'insalivation; que l'intestin reçoit le produit de la sécrétion biliaire, et qu'il présente des villosités très-remarquables, des vaisseaux chargés de l'absorption du chyle ; c'est ainsi que le gros intestin offre des bosselures destinées à devenir le réservoir des scores ou fèces, etc.

7351. Or, ce qu'il y a de commun dans l'organisation de toutes ces parties est la cause de l'identité des états pathologiques survenant dans les diverses régions du tube digestif, et les particularités

d'organisation propres à chacune de celles-ci influent sur ce qu'il y a de spécial dans les lésions des diverses régions du conduit alimentaire.

7352. Les affections dont l'angibrôme est le siége sont extrêmement nombreuses, et les noms dont on s'est servi pour les exprimer rendent encore leur étude plus difficile.

7353. Le plus souvent individualisant un symptôme qui se rencontre dans les lésions les plus dissemblables, sous le rapport de la pathogénie et du traitement, on a fait de ce symptôme une maladie contre laquelle on a cherché quelque médicament spécifique. Cela a été vrai de la dysphagie (difficulté d'avaler), du vomissement, de la dyspepsie (digestion difficile), de la boulimie (appétit exagéré); du *pyrosis* (sensation de douleur brûlante dans l'estomac); de la constipation, à laquelle on a rapporté toutes les affections dans lesquelles il y a quelque difficulté dans la défécation; de la diarrhée (selles fréquentes et liquides), etc., etc. Ailleurs, préoccupés qu'ils étaient d'hypothèses erronées, et sans se donner la peine de vérifier leur croyance, les médecins ont rapporté à la bile une foule d'affections gastrentériques, et les maladies bilieuses ont été admises en fait, sans qu'on ait trouvé par des signes physiques la bile accumulée dans le tube digestif.

7354. Ailleurs, obéissant à une autre série d'idées, on a vu dans l'estomac la source d'un très-grand nombre de nos souffrances; on a rapporté presque toutes les lésions possibles à l'inflammation, et il est arrivé que la gastrite a été considérée comme étant l'inflammation la plus fréquente. Non-seulement les symptômes aigus, mais encore de simples douleurs, des digestions laborieuses, des ramollissements, des cancers, etc., ont été ainsi désignés; cet abus a pendant plusieurs années été porté si loin, que l'on rapportait à des phlegmasies gastriques, même les états fébriles consécutifs à des lésions chirurgicales des membres.

7355. On n'a pas tardé à voir combien une telle manière de considérer les faits était en dehors de l'observation; on s'aperçut que la désinence *itis* conduisait aux idées les plus fausses et était complétement insuffisante; on y substitua, pour beaucoup de cas chroniques, l'expression gastralgie, que l'on ne se donna guère la peine de bien déterminer. Toute souffrance gastrique avec ou sans douleur dans laquelle la digestion se faisait mal, fut considérée comme une *gastralgie*; et celle-ci fut rapportée à une affection nerveuse. L'accu-

mulation de gaz, la présence de liquides acides, le séjour trop prolongé des aliments, des contractions musculaires, etc., causant des douleurs gastriques, furent rapportés à ces mêmes gastralgies; bien plus, n'étudiant en rien les signes anatomiques, ne recherchant pas à l'aide de la plessimétrie quel était le viscère correspondant à un point douloureux, il arriva parfois que l'on crut à une douleur de l'estomac alors qu'il s'agissait de souffrances ayant leur siége dans le colon transverse, dans le foie ou la rate. S'il existait une véritable affection nerveuse de l'estomac, on ne spécifiait en rien son caractère; on ne disait pas s'il y avait une exagération, une diminution, ou un simple trouble dans l'action des nerfs; on n'établissait pas si la névrose était parfois primitive, et d'autres fois consécutive à des lésions organiques, et le traitement, comme on le pense bien, était appliqué non pas à l'état où se trouvait l'estomac, mais bien à la maladie dite gastralgie.

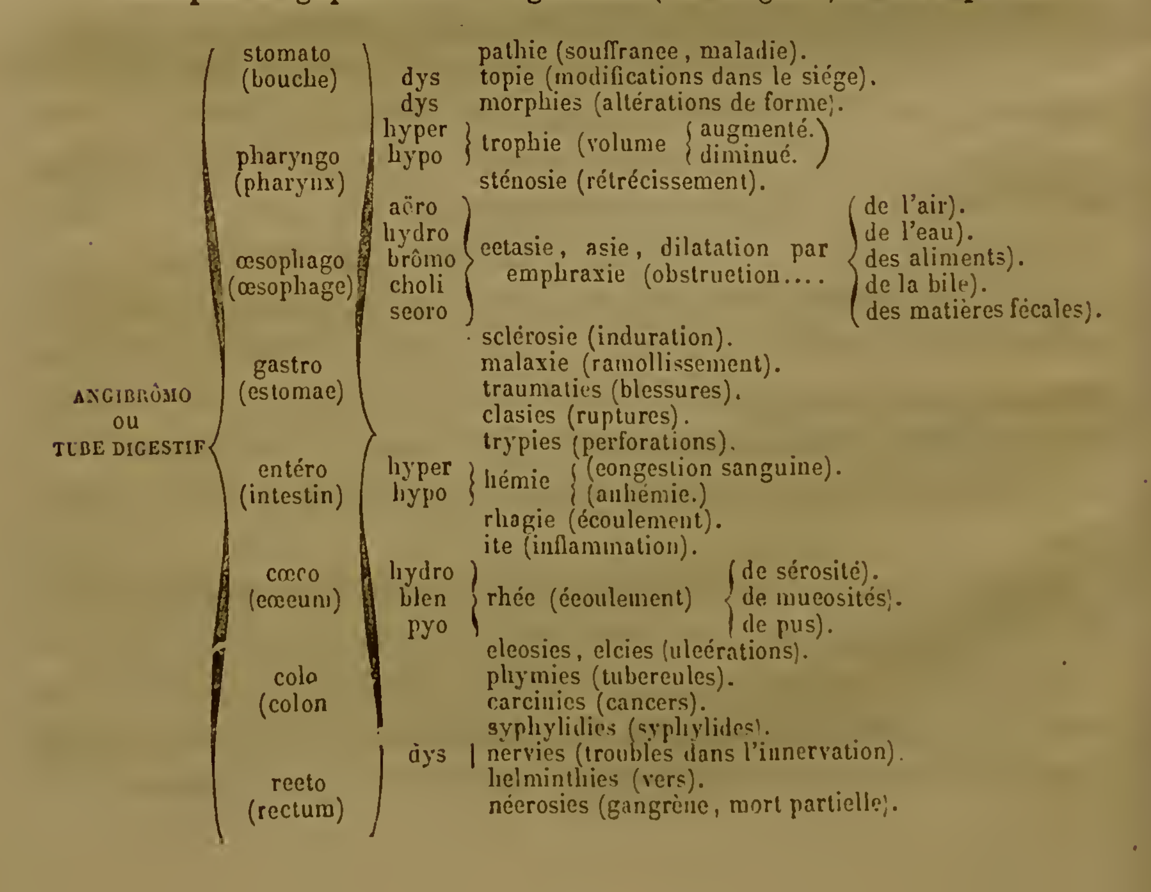
7356. Les états fébriles dans lesquels le tube digestif est le siége de symptômes plus où moins marqués, donnèrent lieu encore à une logomachie bien autrement défectueuse. Plusieurs ordres de fièvres (et par fièvre on désignait un état général fort mal caractérisé) furent rapportés à des affections gastriques ou intestinales; et cela, sans preuves anatomiques. C'est ainsi que l'on admit des fièvres gastriques, ou méningogastriques (Pinel); adénoményngées ou muqueuses, et que plus récemment on a distingué sous le nom de fièvre typhoïde une affection dans laquelle la lésion appréciable la plus constante est une phlegmasie spéciale du dernier des intestins grêles. Au lieu d'étudier en particulïer cet élément de la maladie, d'adopter un nom, et de chercher à établir des indications thérapeutiques en rapport avec les autres états organopathologiques coïncidents, on a fait de l'ensemble de ces phénomènes une affection complexe que l'on a divisée et subdivisée, non pas en se fondant sur les caractères anatomiques des lésions, mais *sur des formes, sur des apparences* plus ou moins vagues, et impossibles à bien caractériser.

7357. Il semble que l'on se soit proposé, dans les maladies du tube digestif, de choisir des dénominations insignifiantes ou absurdes: ici c'est le pica, la boulimie, la lienterie, qui désignent ses symptômes fort secondaires; ailleurs c'est la dysenterie qui, dit-on, et contradictoirement à l'étymologie, signifie une inflammation sou-

vent épidémique des gros intestins. Dans d'autres cas, c'est l'iléus, affection sur laquelle on se comprend si peu, que les uns y voient une invagination des intestins, d'autres une phlegmasie intense, et d'autres enfin une affection nerveuse du tube digestif. D'autres fois, l'on donnait le nom de choléra, mot dans lequel entrent comme éléments ces syllabes, *cholè* (bile), à une affection dans laquelle très-ordinairement on ne vomit pas de bile. Ici c'est la maladie noire, expression qui désignait des vomissements de sang ou des selles de même nature; ailleurs ce sont les tubercules de l'intestin et du mésentère auxquels on donne le nom bizarre de carreau, etc. Il est temps de sortir d'une telle confusion, de donner aux lésions du tube digestif des noms qui les caractérisent nettement, et qui ne permettent pas de tomber dans des erreurs de langage qui, conséquences d'une mauvaise pathogénie, sont souvent les causes de grandes fautes en thérapeutique.

7358. La nomenclature fournit les moyens d'indiquer et de spécifier les lésions variées, et d'espèces si différentes, dont le tube digestif peut être atteint, soit dans son ensemble, soit dans diverses fractions. Le tableau suivant peut faire juger de l'étendue de la tâche que nous avons à parcourir, et de la manière dont nous étudierons ce sujet.

États pathologiques dont l'Angibrôme (tube digestif) **est susceptible.**



ANGIBRÔMO ou TUBE DIGESTIF
stomato (bouche)
pharyngo (pharynx)
œsophago (œsophage)
gastro (estomac)
entéro (intestin)
cœco (cœcum)
colo (colon)
recto (rectum)

pathie (souffrance, maladie).
dys topie (modifications dans le siége).
dys morphies (altérations de forme).
hyper / hypo trophie (volume augmenté. / diminué.)
sténosie (rétrécissement).
aëro / hydro / brômo / choli / scoro ectasie, asie, dilatation par emphraxie (obstruction.... de l'air). / de l'eau). / des aliments). / de la bile). / des matières fécales).
sclérosie (induration).
malaxie (ramollissement).
traumaties (blessures).
clasies (ruptures).
trypies (perforations).
hyper / hypo hémie (congestion sanguine). / (anhémie.)
rhagie (écoulement).
ite (inflammation).
hydro / blen / pyo rhée (écoulement) de sérosité). / de mucosités). / de pus).
elcosies, elcies (ulcérations).
phymies (tubercules).
carcinies (cancers).
syphylidies (syphylides).
dys nervies (troubles dans l'innervation).
helminthies (vers).
nécrosies (gangrène, mort partielle).

7359. Un coup d'œil général, jeté sur le tableau qui précède, a quelque chose de vraiment effrayant. Quand on réfléchit au nombre et à la variété des lésions dont l'angibrôme peut être le siége, on craint de ne pouvoir tracer d'une manière convenable l'histoire de cette longue série d'infirmités humaines. Nous pensons cependant que, grâce aux généralisations que nous permettra la dénomination d'angibrôme, et aux renvois qu'il nous faudra souvent faire à l'étude de la chirurgie, le sujet que nous avons actuellement à traiter se restreindra à des proportions convenables.

Importance et gravité des affections du tube digestif.

7360. Les angibrômies, bien que présentant en général une haute gravité, ne compromettent pas actuellement la vie, comme le font les lésions des conduits du sang et de l'air.

7361. Les organes digestifs, en effet, peuvent être considérés comme des moyens de préparation, et non comme les agents premiers de la vie. Nous avons assez insisté ailleurs sur des idées de ce genre. Lorsque les affections du tube alimentaire amènent la mort, c'est en déterminant des troubles dans la circulation, dans la respiration, ou dans l'innervation.

7362. Tantôt ce sont des hémorrhagies ou des blennorrhées qui produisent les angibrômies, et qui sont suivies d'une anémie funeste; tantôt ce sont des poisons, des matières animales altérées qui sont absorbées dans le tube digestif, et qui donnent lieu à des toxémies (poisons dans le sang) mortelles; ailleurs c'est un conduit alimentaire très-distendu, qui refoulant les viscères, empêche mécaniquement l'abaissement du diaphragme, et qui donne ainsi lieu à l'anhématosie. Soit enfin que les nerfs angibrômiques communiquent au système nerveux central certaines souffrances dont le tube digestif est d'abord atteint, soit que les substances toxiques contenues dans la cavité alimentaire viennent à être résorbées et portées ensuite vers le cerveau, on voit fréquemment des accidents très-graves se prononcer vers l'encéphale, à la suite des angibrômies, et mettre ainsi un terme à l'existence des malades.

Moyens d'investigation dans les affections du tube digestif; utilité de la plessimétrie.

7363. Les moyens d'investigation que la science possède pour apprécier les états organopathiques dont le conduit des aliments peut

être le siége sont nombreux et variés. L'inspection, soit de la bouche, soit de la forme du ventre, soit des matières évacuées; la palpation à travers les parois abdominales; le toucher plus direct de la bouche, du pharynx et du rectum; le cathétérisme de cet intestin et de l'œsophage, fournissent fréquemment des signes d'une haute valeur sur l'état matériel des parties, dont l'ensemble constitue l'angibrôme. Ici l'auscultation n'a qu'une médiocre utilité.

7364. Il ne s'agit plus d'apprécier, dans le tube digestif, la manière dont pénètre l'air dans des conduits très-étroits, remplis ou non de liquides; il ne s'agit plus d'apprécier les bruits résultant du brusque passage du sang, poussé dans des vaisseaux par la contraction du cœur. On n'observe guère dans l'estomac et les intestins que des mouvements ondulatoires assez rares, et qui produisent des sons entendus facilement à distance. Seulement la déglutition des liquides dans l'œsophage donne lieu à des bruits dont le diagnostic anatomique peut tirer parti, et nous verrons aussi que, dans un cas, il nous a été possible d'entendre distinctement des sons en rapport avec les contractions du tænia dans le tube alimentaire.

7365. *La plessimétrie est, au contraire, dans l'étude des angibrômies, d'une utilité de chaque instant.* Il est peu de lésions gastrentériques qui ne soient en rapport, tantôt comme cause, tantôt comme effet, tantôt comme simple coïncidence, avec la présence dans le tube digestif de gaz, de liquides, de substances pâteuses ou de solides. Ces substances s'y trouvent tantôt isolées, tantôt réunies dans des proportions fort diverses. Or, la plessimétrie donne des résultats positifs relativement à la présence de ces substances dans le conduit alimentaire; elle fait connaître encore les variations de siége, d'étendue, de forme, dont le foie, la rate, les reins, sont susceptibles.

7366. Lorsque les parois abdominales contractées ne permettent point de palper les organes profonds, il est encore possible d'apprécier l'état de ceux-ci à l'aide des sons que la plessimétrie en tire. Presque tous les faits que la percussion fait connaître sont ici éminemment pratiques, et conduisent nettement à établir des indications de traitement. Ici c'est l'estomac dont elle fait apprécier le degré de distension par les aliments, par les liquides ou par les gaz; ailleurs ce sont les intestins que l'on trouve remplis par des fèces demi-liquides, ou par des fluides élastiques; ailleurs, encore, c'est le siége exact d'une douleur, dans telle ou telle fraction de l'angibrôme, que la ples-

simétrie fait distinguer au moyen des variations de sons, en rapport avec l'ingestion de liquides dans ces parties. Dans d'autres cas, c'est le refoulement des viscères par en haut, suite de l'accumulation des gaz dans l'angibrôme, que l'on reconnaît par le son auquel ces organes donnent lieu. Limitation précise des parties solides contenues normalement ou accidentellement dans l'abdomen; mesure exacte des proportions de liquides ou de gaz que les organes creux contiennent; appréciation positive, soit des variations qui surviennent, spontanément ou sous l'influence des médicaments, dans les quantités des matières que renferment les cavités angibromiques, ou dans le volume des organes abdominaux; tels sont les principaux documents fournis par la plessimétrie du tube digestif, et sans lesquels il est impossible d'établir avec certitude les bases du traitement.

7367. Qu'on ne dise pas qu'il y ait ici de l'exagération : non, ce sont là des vérités de chaque jour, des faits que la conscience des médecins aurait dû depuis longtemps rendre vulgaires; ce sont là de ces choses qu'on peut chaque matin vérifier à l'hôpital de la Pitié. Qu'on n'ajoute pas que la plessimétrie est difficile à pratiquer, car cela serait avouer qu'on redoute de prendre un peu de peine pour apprendre un manuel opératoire des plus simples et indispensable à qui veut bien soigner les malades ; qu'on ne dise pas enfin que *ma percussion digitale* peut remplacer la percussion plessimétrique ; car ceux mêmes qui continuent à se servir du doigt pour percuter le thorax avouent que pour l'abdomen le plessimètre est de beaucoup préférable.

Influence des faits plessimétriques sur l'étude des maladies du tube digestif.

7368. Presque toujours l'étude des maladies du tube digestif a plutôt reposé sur des théories que sur des notions exactes, ou que sur des faits matériels. Les moyens que l'on possédait d'apprécier pendant la vie l'état anatomique du conduit alimentaire étaient insuffisants, et permettaient de se livrer à des conjectures dont rien ne démontrait la réalité ou la fausseté.

7369. On avait admis comme étant très-fréquentes des maladies en rapport avec la présence de la bile dans l'estomac, et l'on ne s'était pas donné la peine de vérifier si le viscère à jeun contenait dans de tels cas de notables proportions de ce liquide. C'était sur des symptômes

vagues (1) que l'on se fondait pour admettre l'existence de l'*embarras bilieux*. On avait cru devoir appeler *embarras gastrique* des cas où l'on supposait que des aliments séjournaient dans l'estomac, et l'on n'avait pas cherché à constater si ce viscère était alors plein ou vide. S'agissait-il d'une douleur à l'épigastre? on en accusait tout d'abord le même organe, et l'on ne réfléchissait pas que très-ordinairement le foie, la rate, le colon transverse, sont situés sur ce point, et peuvent être le siége de ce sentiment pénible. De ce défaut d'examen sérieux, et de la fréquence si grande de l'épigastralgie, durent résulter des opinions exclusives sur la gastrite. D'un autre côté, dans les maladies aiguës de l'intestin, on ne pouvait pas constater si ces organes étaient ou non remplis de fèces ou de matières liquides; et dès lors il était possible de repousser l'usage des purgatifs, en se fondant sur l'existence supposée ou réelle de l'inflammation intestinale. Il était souvent impossible de déterminer quel était le point du tube digestif où siégeait un rétrécissement, parce que l'on n'avait pas de moyen de déterminer le lieu où les matières étaient accumulées et celui où elles ne se trouvaient pas. Ailleurs, dans la colique saturnine, on croyait que le point douloureux était celui sur lequel le poison avait agi, parce qu'on ne pouvait savoir quelles étaient les parties où les douleurs avaient leur siége et celles où les fèces s'accumulaient. Ailleurs on croyait à des affections nerveuses intestinales, parce que l'on ne savait pas trouver des lésions organiques, même volumineuses. Jamais, du reste, on ne pouvait spécifier quelle était la portion du tube digestif affectée. On prenait à chaque instant le colon pour l'intestin grêle, le jéjunum ou l'iléon pour le gros intestin. S'agissait-il même d'une hernie? le chirurgien restait dans le doute sur la question de savoir lequel des intestins s'y trouvait contenu, ou même si c'était l'épiploon qui renfermait la tumeur. Un abcès par congestion, une tumeur se développaient dans l'abdomen, fréquemment, on n'en pouvait apprécier ni l'étendue, ni la source, ni les rapports avec telle ou telle partie du conduit alimentaire. Sans doute, l'anatomie pathologique avait bien révélé le siége d'une foule d'affections, et donné la clef d'un grand nombre de symptômes; mais c'étaient là des notions générales, qui pouvaient se trouver en

(1) Enduits de la langue, coloration de la peau, vomissements bilieux qui ont lieu par suite de la pression de la vésicule chez les hommes en santé lorsqu'on provoque les secousses du diaphragme.

défaut dans le cas particulier qu'on observait. On n'avait presque que la palpation, souvent impossible à bien pratiquer, pour obtenir pendant la vie du malade des faits anatomiques en rapport avec l'état de l'intestin de ce malade lui-même, etc., etc. Il n'est donc pas étonnant, dans cette insuffisance du diagnostic, que les opinions aient varié, que les hypothèses se soient succédé, et que les indications thérapeutiques n'aient pas été nettement établies.

7370. La plessimétrie a rempli, je ne crains pas de le dire, une grande partie de cette lacune. D'abord elle a démontré que, dans des maladies de l'estomac, regardées comme bénignes, ou comme consistant en un embarras dû à *des saburres*, cet organe est vide; ailleurs elle a prouvé que dans certains cas où l'on ne soupçonnait pas que ce viscère fût plein, il était rempli par une grande quantité de liquides, d'aliments ou de gaz; de là des applications éminemment utiles au traitement de l'indigestion, du cancer, des affections de l'estomac présumées névropathiques. Disciple modéré de Broussais, je croyais que la gastrite était très-fréquente; il me fallut changer d'avis lorsqu'au lieu de trouver l'estomac sur le point douloureux, il m'arriva fréquemment d'y rencontrer, par la plessimétrie, le foie, la rate ou l'intestin. Ce fait physique a redressé mes opinions plus que n'eussent pu le faire toutes les discussions du monde. La question relative à l'opportunité et à l'utilité des purgatifs dans le traitement de l'entérite septicohémique fut résolue dès l'instant où la plessimétrie me démontra que très-ordinairement l'intestin renferme dans cette maladie une quantité considérable de matières stercorales altérées, et délétères évidemment pour les parties qui les touchent. Seulement, elle ne porta point à faire ici de l'usage des purgatifs une indication banale; elle conduisit à préciser les faits de leur administration, et elle fit qu'on la réserva surtout pour ces cas dans lesquels des matières étaient reconnues exister dans le tube intestinal. La démonstration par la plessimétrie du lieu où se trouvaient les fèces conduisit, dans maintes circonstances, à découvrir la hauteur d'un rétrécissement, et dirigea dans un cas l'opérateur à ouvrir plutôt tel point de l'intestin que tel autre (1), et portera peut-être un jour le chirurgien à diriger avec sûreté le bistouri vers des lésions abdominales, dont il pourra désormais mieux apprécier le siége et les rapports. Dans la colique saturnine, la percussion fit trouver

(1) Opération d'un anus artificiel faite par M. le docteur Amussat.

que le point douloureux correspondant à des parties de l'intestin vides de matières et pleines de gaz, et que celles qui n'étaient le siége d'aucune souffrance contenaient des matières stercorales en abondance. Ces dernières parties étaient donc paralysées, c'étaient donc des contractions intestinales, provoquées par le défaut de progression des matières qui causaient la douleur dans des portions saines de l'intestin. Il y avait donc dans de tels cas, non pas une névralgie, mais bien une anervie. Que de fois encore, où l'on croyait à l'existence de névroses intestinales, la plessimétrie ne fit-elle pas trouver des lésions matérielles considérables du tube digestif! Que de fois des boissons ingérées, des liquides injectés, ne déterminèrent-ils pas des changements dans les sons donnés par la plessimétrie d'organes contenus dans l'abdomen ou dans des hernies, et ne démontrèrent-ils pas ainsi le siége que les organes occupaient! Dans combien de cas n'est-il pas arrivé qu'on ait pu reconnaître et suivre par la plessimétrie des abcès par congestion dans l'abdomen, des tumeurs, etc., inconnus auparavant, et apprécier les rapports de ces affections avec telles ou telles parties du tube digestif qui se touchaient, etc.! Ainsi, une foule de faits matériels, saisissables par les sens, fournis par des organes malades eux-mêmes, et obtenus sur le sujet même de l'observation, sont venus ébranler les opinions reçues, vérifier des faits importants, détruire des erreurs, et modifier enfin toute la pathologie du tube digestif.

7371. Ce n'est pas seulement dans les questions relatives aux affections évidemment bornées au tube digestif que les faits matériels dont nous venons de parler ont modifié les opinions reçues, mais ils ont encore conduit à faire voir que telle lésion organique du tube alimentaire qu'on aurait considérée comme constituant toute la maladie n'en était que l'un des éléments. C'est ainsi que dans l'ensemble d'accidents désignés sous le nom de fièvre typhoïde, elle a permis de constater que l'affection de l'intestin était déjà complexe, qu'elle se composait non-seulement de la phlegmasie révélée par les symptômes, mais encore de l'accumulation dans l'angibrôme des matières, des liquides et des gaz, et, de plus, d'états organopathologiques nombreux et susceptibles de degrés très-variables dans les poumons, la rate, la vessie, le péritoine, etc. De là l'impossibilité de conserver d'une part les idées exclusives de l'école de Broussais sur la gastro-

entérite, et, de l'autre, d'admettre les opinions qui consistaient à individualiser, sous le nom de fièvre typhoïde, le plus grand nombre des maladies aiguës (1).

(1) *C'est la plessimétrie qui a nécessairement conduit à sa nomenclature ou onomapathologie;* car voici la progression des idées par lesquelles il fallut passer:

Les *symptômes* ressortent évidemment, d'après les faits plessimétriques, d'altérations organiques; les maladies, *collections de symptômes*, ne peuvent être que *des résultats de lésions*; il importe surtout de déterminer celles-ci. *Souvent une cause première, principale, est la source d'un certain nombre de ces lésions se développant dans un certain ordre. Ces premiers effets de la cause principale sont la maladie* telle que les auteurs la conçoivent; *mais ces effets modifiés,* soit par des circonstances concomitantes ou secondaires, soit par la constitution, la prédisposition des sujets, *varient par cela même, sous le rapport de l'intensité, du nombre et des degrés de chacune de ces circonstances. Or la maladie,* réputée la même, *n'est pas une chose simple et identique*, mais elle diffère infiniment d'un homme à un autre homme. De là cette nécessité pratique d'étudier la cause primitive, les états organopathologiques en rapport direct avec elle, puis tous ceux qui peuvent survenir.

C'est la plessimétrie qui le plus souvent a appris à reconnaître et à caractériser ces états partiels.

Mais la plupart de ces états n'ont pas été nommés; l'ancienne nomenclature était tout à fait impropre pour les désigner; les mots gastrite, gastralgie, etc., étaient sans doute utiles pour exprimer certaines lésions, mais employés de la manière banale dont on le faisait, ils signifiaient toute autre chose que les faits qu'on voulait rendre. Il fallut donc créer de nouveaux mots, puisqu'ils n'existaient pas et puisqu'il fallait de longues périphrases pour représenter les idées les plus simples. Pour chaque état anatomique morbide, non qualifié par un nom propre, que la percussion ou l'auscultation indiquait, il y avait nécessité de dénommer cette lésion. *C'est ainsi que la nomenclature prit naissance. J'y arrivai non pas par une conception simple de l'esprit, mais par la force des choses.*

Cette nomenclature est fondée sur l'anatomie et la physiologie entières. *Si ces bases sont bonnes, si les doctrines que je défends sont fondées, le principe de l'onomapathologie est inattaquable*, tous les médecins finiront par l'adopter, car *la raison triomphe toujours avec le temps.*

Quant aux expressions dont je me suis servi comme ensemble ou comme éléments dans le langage scientifique reçu, il est fort possible que plusieurs d'entre elles soient plus tard remplacées par d'autres avec plus d'avantage : *Je tiens peu aux mots, beaucoup aux choses, et pourvu que l'idée des éléments organopathologiques, caractérisés par des dénominations précises et intelligibles, remplace l'hypothèse de l'abstraction : maladie, désignée par des expressions impropres et absurdes, je croirai avoir gain de cause.* Le changement favorable qui s'est opéré à cet égard dans les esprits depuis quelque temps me prouve que ce succès sera plus prochain que je ne l'avais d'abord pensé.

Appréciation des symptômes dans les angibrômes.

7372. Les symptômes que donne le tube digestif malade sont en rapport avec des souffrances très-diverses. Parmi ces symptômes, on peut noter : le défaut d'appétit, les digestions laborieuses, les nausées, le vomissement, le hoquet, la diarrhée, l'accumulation ou l'évacuation des gaz, les douleurs abdominales, etc. Ils se manifestent également, bien que les lésions gastrentériques soient situées à diverses hauteurs. C'est ainsi qu'on voit les nausées, le vomissement et le hoquet exister tout aussi bien lorsque l'intestin souffre que dans les cas où l'estomac est malade, et que des selles abondantes ont lieu dans certains cas de carcinôme gastrique. Toutefois une série particulière de ces symptômes, la prédominance marquée de quelques-uns d'entre eux, conduisent souvent à admettre que telle portion du tube souffre plutôt que telle autre; certains phénomènes portent aussi à croire que tel ou tel point de l'angibrôme est spécialement affecté; par exemple, une douleur fixe à l'épigastre, des vomissements d'aliments ayant lieu dans les deux heures qui suivent leur ingestion, font croire que le mal occupe l'estomac; la régurgitation de la nourriture avant que la déglutition soit accomplie porte à admettre que l'œsophage est malade; des besoins fréquents de défécation et une souffrance habituelle de l'anus, ainsi qu'un sentiment de pesanteur vers le siége, conduisent à penser que le rectum est malade. Mais, il faut le dire, les signes anatomiques dont il a été parlé précédemment, tels que l'inspection, la palpation, la plessimétrie, etc., sont d'une bien autre importance pour déterminer le siége précis du mal que ne le sont les phénomènes fonctionnels dont il vient d'être parlé. A plus forte raison, les symptômes des angibrômies ayant lieu dans les organes autres que le tube digestif sont rarement suffisants pour spécifier les souffrances gastriques ou entériques. Un état fébrile intense peut bien être la conséquence d'une maladie angibrômique, et fournir dans de telles affections des caractères utiles à connaître; les traits de la physionomie revêtent à la longue, dans les maladies de l'estomac, un aspect tout à fait spécial; mais, encore une fois, ce n'est point avec de tels phénomènes que l'on parviendra à déterminer si le tube digestif souffre, de quelle façon il est lésé, et quelle est la partie de ce conduit spécialement affectée.

7373. Une des plus grandes erreurs qui aient été commises en médecine sur le diagnostic des maladies du tube digestif est d'avoir considéré l'état de la langue comme le miroir fidèle de la manière d'être du tube digestif. De temps immémorial, on a admis que la rougeur de la langue indiquait une phlegmasie de l'estomac ; que les enduits grisâtres, blanchâtres, jaunâtres du premier de ces organes, étaient en rapport avec des états saburral, muqueux ou bilieux de l'angibrôme. L'aridité, la sécheresse de la langue indiquaient une vive irritation, *une fièvre* inflammatoire ou de nature grave; les enduits linguaux d'apparence noirâtre étaient la conséquence de la putridité. Suivant Pinel, ils correspondaient à l'adynamie et en indiquaient le degré, tandis que Broussais voyait dans ce symptôme la preuve du suprême degré de la gastrentérite. La langue était-elle racornie en quelque sorte, par suite du desséchement de ses enduits, à ce point que le malade ne pouvait plus parler, on en déduisait qu'il s'agissait d'un état malin ou ataxique; avait-elle un aspect naturel, lorsque les autres symptômes étaient alarmants, ceci correspondait encore mieux à cette même ataxie. Mais Broussais fut plus loin, il crut trouver que tel faisceau de papilles linguales correspondait sympathiquement à telle ou telle portion du tube digestif située au-dessous du diaphragme, et considéra la rougeur de la pointe et des bords de la langue comme étant l'indice d'une phlegmasie de l'intestin grêle.

7374. La confiance qu'avaient les médecins dans l'examen de la langue pour apprécier l'état du tube digestif devint alors universelle. Persuadé que j'étais dès lors qu'une sèche énumération de symptômes ne donne que des notions vagues, et qu'avant tout il faut remonter à la raison anatomique et physiologique de ces phénomènes, je fis en 1826 ou 1827 des recherches suivies sur la langue considérée sous le rapport du diagnostic; je publiai un mémoire sur ce sujet, qui fut inséré en 1832 dans le Procédé opératoire de la percussion.

7375. Il est encore un grand nombre de médecins, et parmi eux des gens de premier ordre, qui ont conservé leurs anciennes opinions sur l'importance de l'examen de la langue pour reconnaître l'état dans lequel se trouve le tube digestif; je demande en grâce à ceux qui conservent ces vieilles et fausses idées de relire ce que j'ai écrit sur ce sujet et les expériences nombreuses sur lesquelles mes opinions sont fondées.

7376. Depuis la publication du travail précédent, des milliers de faits sont venus confirmer l'exactitude des résultats auxquels il m'avait conduit, de sorte qu'il est devenu pour moi évident que l'état de la langue n'indique en rien celui du tube digestif; seulement cet organe éprouve parfois les mêmes affections dont l'estomac, l'intestin et même le conduit de l'air sont le siége; c'est ainsi qu'il est atteint d'une rougeur spéciale dans la scarlatine et la rougeole, qu'il présente des pustules dans la variole, et que ces mêmes éruptions existent souvent en même temps ou ultérieurement dans l'angiaire ou dans les parties du tube alimentaire situées au dessous du pharynx.

Il est encore utile de mentionner au moins les résultats que peut donner l'exploration des liquides évacués par l'extrémité supérieure ou par l'ouverture inférieure de l'angibrôme. Les vomissements d'aliments à différents degrés d'altération, ceux des boissons, de mucosités fades ou acides, de bile, de sang, de matière stercorale; les déjections de fèces, solides ou liquides, de gaz, de mucosités, de sang, de pus; la quantité de ces diverses substances peuvent, fournir des documents importants relativement à la symptomatologie et au diagnostic des angibrômies; nous en parlerons avec détail lors de l'étude de chacune de ces affections considérées en particulier.

Étiologie.

7377. Les causes des souffrances de l'angibrôme sont le plus souvent directes, c'est-à-dire que des substances provenues de dehors, telles que les aliments, les boissons, l'air atmosphérique, les résidus de digestion, les poisons ingérés, les matières développées ou déposées dans le conduit digestif, certains liquides, sont les modificateurs principaux qui déterminent les angibrômies; presque toujours ces agents sont introduits par la bouche, et très-rarement par l'anus.

7378. Dans d'autres cas, les modificateurs qui, en définitive, portent leur action sur le tube digestif exercent leur première influence sur d'autres organes. Ce sont tantôt des affections de cœur ou des gros vaisseaux qui donnent lieu à quelques troubles de digestion ou à des hémorrhagies angibrômiques, tantôt des liquides résorbés par les veines ou des miasmes introduits dans la circulation, qui vont porter sur le conduit alimentaire leur délétère influence. Il arrive encore qu'une respiration incomplète soit cause d'altérations

du sang ou d'une hypohématosie (diminution dans l'hématose) qui deviennent la source d'accidents du côté du tube alimentaire ; d'autres fois encore ce sont les organes biliaires qui versent dans le duodénum des liquides irritants. La salive plus ou moins altérée est susceptible de modifier aussi l'estomac d'une manière fâcheuse. Enfin l'appareil encéphalorachidien ou ses rameaux périphériques distribués à divers organes eux-mêmes malades peuvent avoir sur les fonctions du tube digestif l'influence la plus fâcheuse.

7379. Que si vous ajoutez à ces causes toutes celles qui sont en rapport avec des compressions exercées sur l'angibrôme par des organes voisins hypertrophiés, ou par des tumeurs de diverse nature ; que si vous y joignez les circonstances physiques et mécaniques qui peuvent y déterminer des solutions de continuité ; que si vous tenez compte des prédispositions ou des diathèses tuberculeuses, cancéreuses ou syphilitiques, sources possibles d'angibrômies, vous vous ferez une idée de la diversité des circonstances susceptibles de produire les maladies du tube digestif. Du reste, chacune de ces causes produit des effets qui lui sont propres, de telle sorte qu'il est préférable de les étudier dans leurs rapports avec la production de telle ou telle lésion que de s'en occuper d'une manière générale.

Pathogénie.

7380. Les souffrances des organes qui composent le tube digestif sont nombreuses et très-différentes les unes des autres. Si nous voulions exposer ici des généralités sur leur pathogénie, nous nous exposerions à d'interminables détails ou à de continuelles redites. Bornons-nous donc à dire qu'avant toute chose, lorsqu'on veut se faire une juste idée des angibrômies, il faut commencer par méditer sur l'anatomie du conduit alimentaire, sur sa disposition, sur ses rapports, sur sa structure ; qu'il faut songer aux diverses membranes qui le forment et qui appartiennent aux systèmes muqueux, musculaire, cellulaire et séreux de Bichat ; qu'il faut avoir présente à l'esprit la description des follicules, des villosités, des valvules conniventes, des plaques, etc. de l'angibrôme ; qu'il faut se rappeler combien sont nombreux les vaisseaux qu'il reçoit et quelle est la disposition spéciale de la veine porte et de l'appareil chylifère ; qu'il est encore indispensable d'avoir égard aux connexions du canal alimentaire avec les glandes salivaires, avec le foie et la rate ; qu'enfin il faudrait désespérer de s'élever à quelques idées un peu

larges sur les angibrômies, si l'on ne réfléchissait mûrement sur les nerfs de différentes sortes que reçoit le tube digestif et particulièrement sur la distribution de la huitième paire, du grand sympathique et des nerfs qui se rendent à la partie inférieure du conduit alimentaire. Il serait encore impossible de rien comprendre aux maladies de l'angibrôme, si l'on n'avait pas une connaissance approfondie des fonctions de ses diverses parties ou de ses éléments organiques. C'est par le rapprochement que l'on peut établir entre les faits anatomiques et physiologiques d'une part, et les causes, les symptômes, la marche et le traitement des maladies, que l'on peut arriver, ici comme ailleurs, à la connaissance de la pathogénie.

Thérapeutique.

7381. La thérapeutique des angibrômies est également fondée sur les faits anatomiques, physiologiques et cliniques. Nous n'y insisterons point ici, car les généralités que nous pourrions établir seraient tout à fait insuffisantes. Le traitement a toujours quelque chose de spécial; il faut toujours descendre à des détails particuliers à chaque état organopathologique, si l'on veut tracer les règles d'une thérapeutique utile (1).

CHAPITRE II.

DYSTOPIES ANGIBRÔMIQUES

(Déplacements du tube digestif).

DYSMORPHIES ANGIBRÔMIQUES

(Formes anomales du conduit alimentaire).

7382. Les déplacements du tube digestif semblent au premier abord ne point faire partie de notre sujet. Un grand nombre d'entre

(1) Nous prions le lecteur, pour qu'il puisse apprécier les motifs de notre thérapeutique dans les angibrômies, de lire le mémoire que nous avons publié en 1830 (Procédé opératoire de la percussion), sur l'abstinence, sur l'alimentation insuffisante et sur leurs dangers. Ce mémoire m'a valu plus d'un ennui de la part de confrères qui ne partageaient pas alors ma manière de voir sur ce sujet. L'idée première de ce travail a été peut-être la source du succès pécuniaire d'un homme qui a tenu beaucoup plus à acquérir de la fortune qu'il n'a songé à l'honneur médical.

eux appartient à l'histoire des monstruosités. Il en est qui datant de la vie embryonnaire, ne troublent en rien la santé. De ce nombre sont, par exemple, les métatopies (transpositions) du tube digestif, dont il a été fait mention lors de l'étude des maladies du cœur (n°1560); mais ce n'est pas ici le cas où il importe le plus de déterminer le lieu qu'occupent anormalement dans l'abdomen les diverses parties de l'angibrôme. Ainsi M. Esquirol a trouvé que le colon transverse présentait une direction et des rapports, chez certains aliénés, différents de ce qu'ils sont chez les autres hommes. Dans le cas de tumeurs abdominales dont on voudrait préciser les rapports et le siége, dans certaines opérations qu'il s'agirait de tenter sur le tube digestif, etc., il serait très-avantageux de pouvoir déterminer quel est le siége anomal de l'estomac ou de l'intestin. Or, ce siége ne peut être bien connu qu'au moyen de la plessimétrie, et voici comment :

Détermination du siége que dans l'état nomal les organes présentent dans l'abdomen. Plessimétrie.

7383. Avant tout il faut se rappeler que dans l'état nomal, au-dessous du foie et de la rate, se rencontre l'estomac, situé qu'il est dans la région épigastrique; qu'un peu plus bas vers l'ombilic, se trouve le colon transverse à peu près horizontalement placé; qu'à droite et à gauche, dans les flancs, se rencontrent les colons ascendant et descendant; qu'en bas dans la région iliaque droite existe le cœcum; qu'à la même hauteur, à gauche, se trouve l'S iliaque; que dans le centre de la circonférence formé par ces diverses parties, existe l'intestin grêle, terminé, près de la région iliaque droite et du pubis, par la valvule iléo-cœcale. Il faut se souvenir encore que l'iléon plonge souvent ses circonvolutions dans le petit bassin, où l'on peut les rencontrer *en arrière* et *latéralement*, tandis que le rectum occupe postérieurement la ligne médiane jusqu'à l'anus.

7384. Or, l'estomac plein de gaz donne par la plessimétrie un son très-clair et beaucoup d'élasticité ; le cœcum est dans le même cas ; les colons sont en général un peu moins sonores ; vient enfin l'intestin grêle, qui d'ordinaire est plus obscur et donne plus de résistance au doigt. La présence d'aliments, de liquides dans le tube digestif donne lieu par la plessimétrie à de la matité. Si de l'eau se trouve dans la cavité angibrômique mélangée à des gaz, alors le bruit hydraérique se fait entendre (1).

(1) Voyez les Traités de la percussion médiate et de diagnostic.

7385. Il résulte de tout cela que par la nature des bruits et des sensations tactiles particulières aux diverses régions de l'abdomen; que par les variations que chacune de ces régions pourra présenter immédiatement après l'introduction dans le tube digestif d'aliments ou de liquides (soit par l'estomac, soit par l'anus), on pourra nettement et positivement reconnaître le siége anomal que l'estomac et le gros intestin occuperont dans la cavité du ventre. La position de ces viscères étant déterminée, il deviendra facile de savoir par voie d'exclusion le lieu où l'intestin grêle se trouve placé.

7386. Or, de cette façon j'ai parfois constaté (comme la nécroscopie l'a vérifié) que le colon transverse se trouvait au-devant de l'estomac; que celui-ci était très-abaissé; que les colons étaient très-inclinés, que le cœcum s'étendait très-largement en haut, etc.

Hernies angibrômiques.

7387. Il est un grand nombre d'autres déplacements des viscères qui méritent une étude approfondie, je veux parler des dystopies angibrômiques qui ont lieu par des ouvertures naturelles ou accidentelles des parois abdominales. Cette étude est, du reste, du domaine de la chirurgie, et ne rentre pas dans notre cadre.

7388. Toutefois, il est certains points de l'histoire de ces dystopies dont nous croyons convenable de parler; les uns touchent à des moyens applicables au diagnostic des hernies qui, bien que déjà publiés en partie dans quelques-uns de nos écrits (Traité de la percussion médiate, Traité de diagnostic, n° 1678), ne nous paraissent pas être assez généralement connus; les autres ont rapport aux symptômes de ces hernies qui pourraient être pris pour des phénomènes d'autres angibrômies. Il est utile enfin d'établir quelques considérations sur certains déplacements que les viscères peuvent éprouver dans l'abdomen; déplacements qu'il est utile de pouvoir reconnaître.

Ectopies angibrômiques (Hernies du tube digestif.)

7389. Les parties de l'angibrôme situées au-dessous du cardia sont principalement sujettes aux hernies. Je ne puis assez recommander ici les excellents travaux de M. Malgaigne. Cet auteur, aussi instruit qu'intelligent, a traité ce sujet de haut, et avec cette sagacité qu'il sait mettre dans ses travaux littéraires et pratiques. M. Verdier a publié aussi un livre sur les hernies, rempli de faits pratiques qu'il est bon de lire après avoir étudié les écrits de Boyer, de Hunter, de

MM. Marjolin, Cloquet, etc., sur ce sujet. Faisons seulement ici une réflexion pénible ; tandis qu'on a porté un soin minutieux à décrire quelque petite particularité anatomique d'une mince valeur, on a presque passé sous silence, en chirurgie herniaire, les faits diagnostiques de la plus grande importance que révèle la plessimétrie. La raison de cet oubli est sans doute que les chirurgiens ne lisent point en général les ouvrages de médecine, même lorsque ces livres sont faits par des praticiens qui ne sont pas étrangers à l'étude des maladies dites externes. M. Vidal de Cassis n'a point fait cette omission grave ; mais un grand nombre de faits plessimétriques relatifs aux hernies ne sont pas connus, et je me bornerai ici à rappeler les propositions suivantes.

Faits plessimétriques relatifs au diagnostic des hernies.

7390. Toutes les fois que l'estomac ou l'intestin, remplis de gaz, sont contenus dans une hernie, ils donnent à la percussion un son clair et une sensation d'élasticité.—*C'est à coup sûr le plessimètre qui conviendrait ici*, car il faut le percuter légèrement pour obtenir les phénomènes dont il s'agit; la médiation digitale ne donnerait point des résultats suffisants. — *La plessimétrie, si la tumeur occupe les parois abdominales, ne doit pas être pratiquée d'avant en arrière*, et cela, dans la crainte de confondre les sons produits par les viscères situés au-dessous des parois, avec ceux qui sont fournis par les organes renfermés dans la hernie. — Pour éviter cette erreur, *on fait soutenir la tumeur latéralement par la main d'un aide;* on applique le plessimètre du côté opposé, et de façon à ce que la direction de la percussion soit telle qu'elle se fasse latéralement et vers le centre de la tumeur, et non pas en suivant une ligne qui correspondrait aux viscères situés dans l'abdomen. — Si la portion du tube digestif herniée est pleine de matières, ou si elle est vide de gaz, elle donnera lieu alors à de la matité, et à un certain degré de résistance au doigt. — Si des gaz et des liquides existent à la fois dans les viscères déplacés en grande masse, on trouvera par en bas une obscurité de son ; par en haut, de la résonnance, et une ligne de niveau séparera les points où la matité existera de ceux où la sonorité sera obtenue; en changeant la tumeur et le malade de place, l'endroit où ces divers sons existent variera de position. — Parfois, lorsque les organes herniés contiendront des liquides et des gaz, leur percussion donnera lieu au bruit hydraérique. — Ces résultats se rencontreront dans les hernies dont toutes les parties

de l'angibrôme peuvent être le siége; mais certaines expériences plessimétriques peuvent faire reconnaître quelle est la portion de ce tube atteinte de déplacement. — Si, par exemple, c'est l'estomac qui existe dans une tumeur herniaire, le son qui était clair avant l'ingestion des aliments ou des boissons, devient mat immédiatement après celle-ci (1). Si les dernières parties du gros intestin y sont contenues, une injection dans le rectum rend très-promptement mate la tumeur qui, lorsque le viscère hernié contient des gaz, donne de la sonorité à la plessimétrie. — Quand le cœcum ou le colon transverse sont renfermés dans une tumeur herniaire, les sons ne s'altèrent à la suite d'une injection anale que si la quantité d'eau introduite est considérable et poussée avec force, ou si des pressions faites avec la main sur l'abdomen font parvenir les liquides dans les parties déplacées. — Si c'est l'intestin grêle que la hernie renferme, la tumeur donnera un son clair dans certains moments et deviendra mate dans l'heure qui suivra la digestion stomacale. — En même temps que l'on trouvera alors que la matité due à l'estomac plein d'aliments occupera dans l'épigastre un espace de moins d'étendue, en même temps, dis-je, le son de la hernie commencera à devenir obscur, et cela aura lieu d'autant plus vite, que l'anse d'intestin sera plus voisine du pylore. — Quand une portion d'épiploon sera contenue dans une hernie, le son y restera toujours mat. — Quand une tumeur semblable sera constituée en partie par des intestins, et en partie par l'épiploon ou le mésentère, il y aura des points qui donneront à la plessimétrie un son toujours obscur, et d'autres qui seront alternativement vides et pleins. Ces différences auront lieu suivant que les intestins renfermeront alternativement des gaz d'une part, des aliments ou des boissons de l'autre. — Quand des viscères ou des tumeurs solides, tels que le foie, la rate, les reins, seront renfermés dans une hernie, le son de celle-ci sera toujours mat et la résistance au doigt très-marquée. — Quand la vessie s'y trouvera placée, le son deviendra mat, alors que ce viscère contiendra du liquide, et cette matité disparaîtra lorsque l'excrétion urinaire sera opérée. — Dans les cas où une hernie intestinale est engouée ou remplie de matières, on trouve que la tumeur, qui d'ordinaire présente un son

(1) C'est à ce caractère que, dès les premiers temps de la plessimétrie, M. le docteur Fabre, alors interne à l'hôpital Saint-Antoine, reconnut que l'estomac était contenu dans une hernie scrotale.

clair, donne lieu alors à de la matité; ce fait est très-important à noter relativement aux questions qui se sont récemment élevées sur l'engouement et l'étranglement des hernies. On voit à coup sûr des tumeurs de ce genre offrir tous les signes de l'étranglement, et contenir principalement des gaz, ce qui prouverait que dans de tels cas, les accidents ne seraient pas dus à la présence *des matières;* mais, par contre, par fois les symptômes de l'engouement se déclarent dans des cas où la plessimétrie démontre que la tumeur est remplie de fèces ou de liquides (1).

7391. L'importance de ces résultats de la plessimétrie, relativement au diagnostic des hernies, à la détermination des parties qui s'y trouvent, à la précision qui en résultera dans les opérations qu'on songera à y pratiquer, etc., nous paraît être grande. Certes, ce n'est point ici le lieu de comparer entre elles les diverses tumeurs des bourses ou des parois abdominales qui peuvent être prises pour des dystopies angibrômiques; mais, au moins, convient-il de faire re-

(1) C'est ce qui était fort évident chez le lord de Devon, dont j'ai donné l'histoire dans le *Bulletin clinique* (n. 68). Il s'agissait ici d'une tumeur scrotale du volume de la tête d'un fœtus, et qui existait depuis un très-grand nombre d'années. On avait cru à une hydrocèle, et il s'était trouvé des gens qui avaient voulu avoir recours à la ponction. Heureusement le malade s'y était refusé. Il survint des hoquets, des vomissements, et tous les symptômes de l'engouement. Appelé pour y remédier, j'examinai la tumeur; elle était énorme, dure, non transparente, et *n'avait jamais été réduite*; elle donnait à la percussion un son très-mat. Cependant je trouvai par la plessimétrie, pratiquée superficiellement, et dans la largeur de trois ou quatre centimètres, une sonorité et une élasticité très-grandes; dès lors il y avait des gaz, et ces gaz ne pouvaient guère appartenir qu'au tube digestif. Il était donc à peu près certain qu'il s'agissait d'une hernie; des pressions convenablement pratiquées pendant plus d'une heure sur la tumeur firent rentrer dans l'abdomen une partie de l'intestin et surtout une grande quantité de matières. Celles-ci furent remplacées par des gaz qui donnèrent lieu à de la sonorité qui remplaça le son mat. Cependant la tumeur ne fut pas à beaucoup près complétement réduite. Il y avait un sac énorme, et la peau du scrotum avait acquis une dimension extraordinaire. Elle formait une poche dans laquelle les intestins et le sac herniaire s'échappaient avec une extrême facilité par une très-large ouverture de l'anneau inguinal. Il fallait la main de plusieurs aides pour embrasser toute la tumeur, J'imaginai un suspensoire portant des lacets et qui remplaça ces mains. Circonscrivant bien la hernie avec ce bandage, puis serrant peu à peu les lacets, j'arrivai en peu de jours à réduire d'abord de beaucoup le volume de la tumeur, et enfin je parvins à faire complétement rentrer dans l'abdomen toute la masse intestinale.

marquer : que la présence de la sonorité dans de telles tumeurs, que les bruits que la stéthoscopie peut y faire entendre lors des mouvements spontanés ou provoqués qui s'y passent, peuvent être d'un grand secours pour démontrer que des organes remplis de gaz se rencontrent dans les tumeurs dont il vient d'être parlé, ou encore pour faire voir que des fluides élastiques existent dans le tissu cellulaire (1).

7392. Non-seulement la plessimétrie présente de grands avantages dans le diagnostic de l'état anatomique des hernies, mais elle en offre évidemment encore relativement à l'appréciation exacte des effets qui résultent, dans ces maladies, de l'emploi des divers moyens thérapeutiques. C'est ainsi qu'on peut juger des résultats de l'administration des purgatifs dans une tumeur herniaire, en obtenant sur celle-ci, après avoir eu recours à ces moyens, un son clair; tandis qu'auparavant la matité y était évidente; c'est ainsi que dans les cas où le taxis ne réduit pas les viscères. on peut trouver au moins qu'il vide l'intestin déplacé des matières qu'il contient; ce qui paraît évident, lorsque cette partie de l'angibrôme devient sonore après l'o-

(1) Je ne peux résister au désir de mentionner un fait remarquable qui s'est passé à l'Hôtel-Dieu, où je faisais alors le service. Un malade présentait une tumeur inflammatoire des bourses en bas et en arrière, près du périnée ; je trouvai par la plessimétrie une sonorité remarquable. Un examen attentif fit voir que l'anneau inguinal, que le canal crural, que le tronc sous-pubien n'avaient point donné passage à une hernie. D'où provenaient donc ces gaz ? Je n'en ai point vu se dégager spontanément dans les cavités autres que celles de l'air ou des aliments. Lorsqu'il s'en est trouvé ailleurs, ils provenaient soit de ces mêmes cavités, soit de quelque ouverture en communication avec l'air atmosphérique. Étudiant alors avec soin les circonstances commémoratives, j'appris qu'un abcès avait eu lieu à la marge de l'anus et dans le voisinage du périnée ; j'en déduisis qu'une fistule à l'anus avait été la source des accidents, et que des gaz échappés du rectum donnaient lieu à la sonorité observée dans la tumeur. M. Samson, appelé par moi, combattit cette opinion ; il se fondait sur l'existence de l'aponévrose périnéale qui rendait le fait impossible. Je lui objectai qu'un abcès pouvait avoir détruit cette aponévrose, et que les gaz pouvaient s'être échappés par la solution de continuité. Le lendemain, le mal s'était étendu. La sonorité s'éleva jusqu'à l'aîne droite, une teinte livide de la peau se prononça. M. Samson fit de larges incisions; le tissu cellulaire contenait en abondance des fluides élastiques; le derme fut, au loin et jusque dans la région lombaire, frappé de nécrosie, et nous trouvâmes à la nécroscopie une perforation du rectum qui avait donné lieu à ces accidents.

pération, de mate qu'elle était auparavant. C'est encore ainsi qu'après l'incision du sac et la réduction de la tumeur, si des phénomènes d'étranglement persistent, il sera quelquefois possible de trouver dans l'abdomen, à l'aide de la matité plessimétrique, quelle est la portion de l'angibrôme où les matières s'accumulent. On conçoit que des documents du même genre pourraient apprendre ultérieurement que le cours des matières se rétablit.

7393. Que si vous ajoutez à ces choses : les signes plessimétriques qui, fondés sur le déplacement et le niveau des liquides, pourraient faire reconnaître la présence de ceux-ci dans un sac herniaire ; les caractères de percussion qui se manisfesteraient si l'intestin et le sac nécrosiés et perforés permettaient le développement d'une aérethmie (emphysème) plus ou moins sonore, etc., vous concevrez difficilement comment il s'est fait que les chirurgiens se soient si peu occupés de la percussion médiate, et vous croirez, comme j'en ai maintenant la conviction, que ce moyen d'exploration est aussi utile dans l'étude des maladies externes que dans celle des affections dites médicales.

7394. Une hernie à travers le diaphragme pourra encore présenter, dans le thorax, des caractères de sonorité qui rappelleront ceux qu'offre le tube digestif plein de gaz, et qui, tout aussitôt que le malade aura pris des aliments ou des boissons, seront remplacés par des bruits différents.

Dystopies angibrômiques, suites d'ectasies.

7395. Certains déplacements des viscères abdominaux sont en rapport avec la dilatation extrême de ces parties ; c'est ainsi qu'à la suite de l'accumulation des gaz dans le tube digestif, cet organe remonte tellement sous le diaphragme qu'il semblerait être contenu dans le thorax plutôt que dans la poitrine. Nous reviendrons, à l'occasion des angibrômectasies, sur les accidents produits par une semblable disposition dont nous avons déjà dit quelque chose.

Symptomatologie.

7396. Bien que l'étude des symptômes auxquels donnent lieu les hernies angibrômiques soit du ressort de la chirurgie, il faut que le médecin ait toujours ces phénomènes présents à l'esprit ; s'il les oubliait, il serait à chaque instant exposé à commettre les plus funestes méprises. Ils diffèrent peu des accidents que détermi-

nent plusieurs autres angibrômies, et sont surtout analogues à ceux des sténosies du tube digestif dont plus tard nous aurons à parler.

7397. Ce n'est pas dans le cas de simple déplacement qu'on observe des phénomènes bien remarquables; alors, il est vrai, surviennent parfois de la difficulté dans les digestions, des éructations et parfois même des vomissements. On a cité surtout, comme donnant lieu à ces symptômes, des hernies de l'estomac à travers une éraillure de la ligne blanche; mais c'est lorsque les parties déplacées sont le siége de l'étranglement, c'est lorsque la circulation y devient difficile ou s'y arrête, que se déclarent des accidents fort graves. Ce sont des nausées, des vomissements incessants, ayant quelquefois pour résultat l'évacuation de matières semblables à du chyme ou même à des fèces; c'est surtout un *hoquet* qui se déclare avec une intensité variable.

Bien que *des douleurs abdominales et des accidents locaux de phlegmasie* mettent en général sur la voie des causes anatomiques de ces phénomènes, il est plus d'un cas où les symptômes sont si peu prononcés, qu'ils pourraient être entièrement méconnus. Alors les accidents *généraux* précédemment indiqués peuvent seuls diriger le médecin et lui faire reconnaître le danger. Lorsqu'ils se déclarent, il est donc indispensable d'examiner tout d'abord et avec le plus grand soin quel est l'état des anneaux inguinal, crural, ombilical, et des autres ouvertures de l'abdomen par lesquelles les viscères ont d'ordinaire le plus de tendance à s'échapper (1).

Dysmorphies angibrômiques.

7398. Les altérations dans la forme du tube digestif sont sans doute fort nombreuses, mais elles se rattachent presque toujours à des dilatations, à des rétrécissements dont il sera parlé bientôt, ou encore elles sont les résultats de lésions variées dont nous aurons plus tard à nous entretenir. Le plus souvent quand il n'existe qu'une simple modification dans la forme, et qu'il n'y a pas en même temps d'autres lésions organiques, les fonctions ne sont point altérées, et

(1) Dans les cas où les diverses parties de l'angibrôme, pleines de gaz, viendraient à faire hernie par le trou sous-pubien, ou par tout autre point des parois abdominales profondément placé, la plessimétrie pourrait faire reconnaître le mal. Il en serait encore ainsi des dystopies entériques faisant saillie dans le vagin.

par conséquent il n'y a pas de symptômes morbides à étudier. Les anomomorphies que la bouche et l'anus présenteraient et qui pourraient entraver l'accomplissement de certaines actions départies à ces ouvertures, sont du domaine de la chirurgie et ne doivent pas être étudiées ici. Nous n'insisterons donc pas davantage sur les dismorphies angibrômiques, et nous renverrons l'histoire de plusieurs d'entre elles aux articles qui traiteront des sténosies, des ectasies, des carcinies, etc., dont le tube digestif peut être atteint.

CHAPITRE III.

HYPERTROPHIES ANGIBRÔMIQUES

(Épaississement du tube digestif).

ATROPHIES ANGIBRÔMIQUES

(Amincissement du tube digestif).

7399. L'étude des variations d'épaisseur que le tube digestif peut présenter appartient à l'anatomie pathologique plutôt qu'à la médecine pratique. En effet, ces modifications de texture sont rarement connues pendant la vie; presque toujours elles sont les conséquences d'autres états organopathologiques, et en général on ne peut guère songer à les traiter directement. Toutefois il est ici quelques points de vue généraux qu'il est utile d'établir et qu'il ne faut pas laisser passer inaperçus.

Sujets chez lesquels l'angibrôme est épais et robuste. — Sujets chez lesquels il offre une disposition contraire.

7400. Il est des sujets chez lesquels, nomalement, le tube digestif est plus épais, plus robuste, mieux nourri que chez d'autres, et cela dans toutes ses parties et dans les trois membranes qui le composent. Cela s'observe en général chez des gens dont les muscles sont fermes, volumineux, robustes, dont le cœur est lui-même développé et chez lesquels le sang est riche et abondant. La digestion de tels individus s'exécute d'ordinaire facilement et promptement. Quand il survient chez ces personnes des angibrômies, elles sont en général

aiguës, parfois graves, et un temps assez court décide pour eux de la conservation de la vie ou de la mort.

7401. Chez d'autres, au contraire, les parois du conduit alimentaire sont primitivement minces, molles, mal nourries, faibles, et cela à des degrés très-marqués. Chez ceux-là d'ordinaire, les muscles, et le squelette sont grêles, le cœur est peu épais, le sang peu abondant, peu plastique. Alors la digestion est souvent lente, difficile, et se trouble à la moindre cause; l'entérorrhée est fréquente; souvent il y a des douleurs épigastriques habituelles ou d'autres souffrances angibrômiques, considérées comme nerveuses, et presque toujours les maladies du tube digestif éprouvées par de tels individus sont chroniques et ne compromettent la vie qu'à la longue. *C'est surtout chez ces sujets que les maladies et les perforations* (trypies) *du tube digestif sont fréquentes.*

Atrophies angibrômiques à la suite de diverses maladies chroniques.

7402. A la suite et comme conséquence de maladies variées et chroniques existant dans des organes divers et ayant pour effet un dépérissement gradué, il arrive que l'angibrôme des gens les plus robustes prend les caractères de mincité et de faiblesse dont il vient d'être parlé. L'abstinence, l'alimentation insuffisante ou de mauvaise nature produisent à la longue de semblables effets, ce dont il est très-utile de tenir compte en pratique.

Influence des aliments toniques sur l'épaisseur du tube digestif.

7403. Par contre, une alimentation riche en principes réparateurs, secondée par la respiration d'un air pur et par un exercice modéré, produit des effets inverses et rendent parfois épais et robustes des organes digestifs qui d'abord étaient faibles et languissants.

Hypertrophie, atrophie de la membrane muqueuse angibrômique.

7404. L'hypertrophie apparente de la membrane muqueuse angibrômique est presque toujours la conséquence, soit de quelque autre lésion organique dont cette membrane est le siége, soit d'une infiltration, soit d'une phlegmasie, soit d'une tranformation cancéreuse, ou du dépôt de substances variées. Les follicules qui entrent dans sa composition peuvent prendre aussi un développement anomal; mais

celui-ci est encore bien plus souvent la conséquence de l'accumulation habituelle des produits de leur sécrétion et par suite de leur distension, que d'une véritable hypertrophie. On conçoit cependant que la membrane interne de l'angibrôme puisse s'épaissir. On sait aussi qu'assez fréquemment elle s'amincit et s'atrophie; c'est ce qu'on voit souvent pour la grosse extrémité de l'estomac et pour l'intestin grêle; cela a principalement lieu lors de la coexistence d'une maladie plus ou moins avancée. Du reste, encore une fois ces notions sont plutôt théoriques que pratiques. L'hypertrophie partielle de la membrane musculeuse de l'angibrôme (hypermyotrophie angibrômique) est fréquemment observée dans les portions du tube digestif situées au-dessus d'un rétrécissement de ce conduit. On voit, par exemple, les fibres musculaires de l'œsophage doubler de volume à la suite de la coarctation du cardia; on voit les plans contractiles de l'estomac acquérir une dimension considérable par suite de l'existence d'une pylorosténosie. A proportion que celle-ci s'est développée lentement, et que la vie s'est plus longtemps conservée, l'hypertrophie musculaire est plus marquée. Ce fait est du même ordre que celui dont il a été déjà parlé quand nous nous sommes occupés des rétrécissements du cœur et de l'hypertrophie qui les suit.

7405. Dans d'autres cas, au contraire, les fibres musculaires de l'estomac et de l'intestin deviennent partiellement très-minces au-dessus des rétrécissements; mais en même temps alors il y a presque toujours coïncidence d'une dilatation. C'est encore là un phénomène analogue à ce qu'on observe quelquefois dans les cardiopathies. (Voyez plus bas l'histoire des angibrômosténosies.)

7406. Quant à l'hypertrophie et à l'atrophie de la membrane séreuse qui entoure l'estomac et l'intestin, elles font partie de l'histoire des péritonies. Presque toujours l'épaississement ou l'amincissement de la membrane interne de l'intestin sont consécutifs à des lésions des autres tuniques de ce viscère.

CHAPITRE IV.

ANGIBRÔMOSTÉNOSIES

(Rétrécissements du tube digestif).

7407. Dans l'ancienne manière de considérer les faits, les sténosies du tube digestif n'étaient étudiées que dans certains organes

isolés. On s'était bien occupé des cancers de cardia ou de pylore donnant lieu à des rétrécissements ; il avait bien fallu parler des coarctations dont le rectum était le siége, mais on n'avait pas présenté de considérations générales et éminemment pratiques sur les sténosies angibrômiques envisagées dans leurs symptômes communs et différentiels.

Nécrorganographie.

7408. Les divers points de la hauteur du tube alimentaire peuvent être atteints de rétrécissement. C'est en général sur les parties où nomalement le conduit est plus étroit que ces sténosies se déclarent ; on les trouve par conséquent à l'isthme du gosier, au cardia, au pylore, à la valvule iléocœcale, à cet endroit du rectum où M. Nélaton fixe le muscle qu'il a décrit sous le nom de sphincter supérieur, enfin à l'anus ou près de l'anus. On peut cependant les rencontrer sur des points intermédiaires à ces resserrements naturels. Pour juger convenablement de leur existence et de leur degré, il faut se faire une juste idée de l'état nomal de ces diverses parties de l'angibrôme, et il serait à désirer que l'on pût avoir ici une mesure de la dimension de chacun de ces points ou de ces orifices, qui pût en quelque sorte servir d'étalon pour apprécier si le mal existe et le degré auquel ce mal est porté. Malheureusement cela n'a pas été fait, et bien mieux, il serait fort difficile de le faire, parce que les dimensions soit des divers orifices du tube digestif, soit même des points nombreux de l'angibrôme, varient infiniment chez les divers individus. Dans l'état actuel de la science, ce sont les souvenirs que l'habitude de l'anatomie aura donnés sur l'état nomal du tube digestif qui pourront le mieux guider le jugement du médecin. Le plus souvent des sténosies angibrômiques reconnaissent des causes mécaniques et matérielles évidentes. Elles sont le plus ordinairement dues à des altérations de structure existant primitivement dans les points rétrécis. Parmi ces lésions se trouvent des encéphaloïdies ou des scirrhosies; c'est ce que l'on voit souvent et peut-être dans l'ordre de fréquence suivant : au pylore, au niveau du sphincter supérieur du rectum, au cardia, au niveau des amygdales, et enfin dans les divers points de l'œsophage et des colons. Ailleurs se rencontrent des rétrécissements formés par un tissu d'une apparence fibreuse; ceux-ci sont plus ou moins épais et existent particulièrement à une assez grande hauteur

dans le rectum ; ils ne sont pas, comme les précédents, disposés à augmenter d'une manière incessante ; dans d'autres cas, ce sont des tumeurs variées, développées sur quelque point du conduit digestif, qui diminuent de beaucoup le diamètre de celui-ci ; c'est ce qui arrive souvent à l'isthme du gosier, lorsque les amygdales hypertrophiées ou enflammées ont augmenté de volume ; c'est ce qu'on voit surtout à l'anus, soit au-dessus, soit au-dessous des sphincters, lorsque des hémorrhoïdes, des célies syphilitiques, carcinomateuses ou autres, viennent à s'y développer ; d'autres fois encore, quoique très-rarement, on trouve dans la continuité du tube digestif des tumeurs d'apparence polypiformes, mais qui n'ont pas en général un tel volume qu'elles puissent de beaucoup rétrécir le canal.

7409. Les phlegmasies très-intenses de l'angibrôme peuvent être les causes d'un rétrécissement moins marqué, et voici de quelle façon : d'une part, la membrane muqueuse et le tissu cellulaire sous-jacent sont épaissis, par suite de l'injection et de l'engorgement inflammatoire ; de l'autre, les fibres musculaires correspondant à la hauteur du point phlegmasié, se contractent spasmodiquement ; de là une diminution dans le diamètre du conduit. Les symptômes observables pendant la vie conduisent à admettre le fait précédent. A la mort, on ne pourrait reconnaître autre chose que les désordres propres à la phlegmasie elle-même ; désordres mêmes qui se dissipent en partie lors de la cessation de l'existence. C'est surtout à l'anus et aux amygdales que l'on peut juger de ce que peuvent être les rétrécissements de cause phlegmasique ; mais tout porte à croire qu'au cardia, au pylore, et particulièrement à la valvule iléocœcale, il peut en arriver autant.

Angibromôsténosies dues à des hernies, au volvulus, à des invaginations.

7410. Les hernies que le tube digestif peut faire à travers les ouvertures naturelles ou accidentelles des parois abdominales sont presque toutes accompagnées d'un rétrécissement de la cavité de ce conduit ; le diamètre du canal sur le point sténosié, correspond, soit à la dimension de l'ouverture qui a donné passage aux viscères, soit à l'épaisseur des parois de la portion d'angibrôme herniée, soit enfin aux lésions organiques qui se sont déclarées consécutivement au déplacement qui a eu lieu. Il est des cas où le diamètre de l'intestin sur le point resserré est tel, qu'à peine pourrait-on y faire pénétrer le

petit doigt. Il en est d'autres où l'intestin est à peine comprimé, et a conservé presque toute sa largeur. L'étude de telles sténosies rentre plutôt, du reste, dans le domaine de la chirurgie que dans celui de la médecine.

7411. Dans d'autres cas, ce sont les intestins dont les anses se replient, se nouent en quelque sorte, et rétrécissent alors considérablement le canal que les matières doivent traverser. Tel est la lésion anatomique assez rare qui a reçu le nom de *volvulus*.

7412. D'autres fois encore, les intestins pénètrent les uns dans les autres. Ils se replient de telle façon que le bout supérieur s'introduit dans l'inférieur; et cela, quelquefois, dans une étendue assez considérable. Il semblerait que le mésentère ou les mésocolons devraient s'opposer à ce qu'il en fût ainsi; mais il n'en est rien, et l'on trouve parfois sur le cadavre de telles *invaginations*, que l'on n'avait guère soupçonnées pendant la vie.

Angibrômosténosies, suites de péritonite ou d'adhérences.

7413. Dans un grand nombre de péritonites, les intestins sont compris entre des pseudoméninges déposées sur leur face séreuse. Ces productions y forment parfois une couche épaisse qui embrasse si bien l'angibrôme, que celui-ci se trouve dans les mêmes conditions que le poumon entouré de fausses membranes pleurétiques, et qui ne peut se dilater qu'incomplétement. On voit parfois les diverses parties de l'intestin réunies en une seule masse, et retenues entre elles ou contre les parois, par des adhérences épaisses et solides. De là résultent des sténosies plus ou moins considérables, souvent étendues à une grande partie de l'intestin grêle, et parfois limitées à un espace très-étroit. Ailleurs, c'est une production fibroséreuse anciennement due à une péritonite, et disposée de telle sorte, qu'elle vient à comprimer ou à resserrer un des points de l'angibrôme. On a même vu des cas dans lesquels l'appendice du cœcum venait entourer une anse de l'intestin et y avait causé un rétrécissement considérable, etc.

Tumeurs ou hypertrophies des organes voisins donnant lieu à des sténosies angibrômiques.

7414. Des tumeurs de diverses sortes, venant à se développer dans les parties voisines du tube alimentaire, peuvent diminuer de beaucoup les dimensions de ce conduit; c'est ce qu'on voit: 1° à la bouche

et au pharynx pour les célies (tumeurs) des fosses nasales et des sinus maxillaires ; 2° à l'œsophage, pour des artérectasies carotidiennes ou aortiques, pour une hypertrophie thyroïdique (goître), ou encore pour des abcès, des kystes, des carcinômies, etc. (1). C'est ce qui a lieu au-dessous du diaphragme : pour des hétérotrophies du foie ou des hypersplénotrophies considérables, pour des aortectasies, des carcinies développées dans le pancréas ou les parties voisines, pour des néphrocélies (tumeurs des reins), pour des abcès par congestion, pour des tumeurs de l'utérus et surtout des ovaires largement augmentés de volume. Cependant, il faut faire ici une remarque générale, c'est que, vu la très-grande extensibilité des parois abdominales, les tumeurs qui se développent lentement peuvent prendre un énorme développement sans comprimer pour cela le tube digestif qui les touche. C'est ce que l'on voit particulièrement pour les hépatocélies, pour les hypersplénotrophies, et pour les kystes ovariques. Très-souvent ces diverses tumeurs présentent des dépressions qui correspondent aux portions voisines de l'angibrôme, et ne produisent point ainsi de sténosies dans ce conduit.

Biorganographie.

7415. L'*inspection* simple fait constater les rétrécissements de l'angibrôme lorsqu'ils ont leur siége aux ouvertures supérieure ou inférieure de ce conduit ; l'inspection de la bouche et du pharynx permet en effet de distinguer ceux qui viennent à s'y déclarer. A la bouche, par exemple, la langue très-tuméfiée par une phlegmasie, ou par un carcinôme, produit des rétrécissements portés plus ou moins loin. On voit assez fréquemment le pharynx sténosié à la suite de la phlegmasie, de l'abcès, de l'hypertrophie des amygdales, ou encore de carcinies. Les polypes des fosses nasales viennent parfois à faire saillie dans l'arrière-gorge ; des corps étrangers, enfin, peuvent s'y trouver. Cela eut lieu dans le cas de cet homme qui avala une clef ; celle-ci obstruait le pharynx (Journal de Médecine). A l'orifice inférieur de l'angibrôme se voient souvent des tumeurs hémorrhoïdales, ou encore des abcès, des productions cancéreuses ou syphilitiques qui peuvent rétrécir l'anus. Cet orifice est très-resserré, et il suffit d'écarter de chaque côté la peau qui le recouvre pour y constater les sténosies en rapport avec la contraction musculaire.

(1) C'est ce qui eut lieu dans notre service pour un abcès du petit bassin qui empêcha le cours des matières dans l'intestin grêle.

7416. Les rétrécissements produits par des hernies, ou qui auraient leur siége à des ouvertures accidentelles de l'intestin, vers quelque point des parois abdominales, sont encore accessibles à la simple vue.

7417. Quand il se déclare des symptômes de rétrécissements angibrômiques dont il sera bientôt parlé, c'est une raison de plus d'en supposer l'existence, que de voir l'abdomen présenter des saillies plus ou moins considérables dans un développement de quelque tumeur, ou à l'accumulation abondante de gaz et de matières dans sa cavité.

7418. Il est rare que l'on soit dans la nécessité d'avoir recours à un spéculum pour découvrir des sténosies profondément placées dans le pharynx, ou dans le rectum. Cet instrument, de quelque manière qu'il soit modifié, est bien loin de présenter pour la gorge et pour l'intestin les avantages qu'il offre dans l'exploration du vagin et du col utérin. Toutefois, il serait utile de s'en servir surtout lorsqu'il s'agit de distinguer à quelques pouces au-dessus de l'anus certains retrécissements fibreux ou des sténosies produites par des carcinies, ou encore pour porter vers ces parties des moyens de dilatation.

Palpation.

7419. Les doigts portés profondément dans la gorge et dans l'anus peuvent y faire découvrir les retrécissements de diverse nature qui y ont leur siége. M. Amussat a proposé une excellente pratique, à l'effet de reconnaître plus exactement les sténosies rectales situées très-haut. Lorsque le doigt explorateur est porté dans l'anus, on fait presser sur le coude par un aide. J'ai modifié cette pratique en me servant de mon propre genou pour appuyer sur le coude, et je gradue ainsi beaucoup mieux la force dont j'ai besoin pour palper profondément le rectum. Une autre précaution non moins utile est de graisser le doigt indicateur, *jusqu'à son extrémité métacarpienne, avec une couche très-épaisse de suif*. Cette substance permet beaucoup mieux les glissements que l'huile ne le fait, et rend le toucher du rectum tout à fait exempt de douleur. Ce toucher est rarement employé par les médecins; le dégoût qu'il inspire, l'*inhabileté avec laquelle on l'exerce*, sont les causes de cette négligence *très-condamnable*. J'ai vu les plus graves erreurs commises pour n'avoir pas palpé

le rectum. Trois fois des hommes versés dans la pratique, et qui n'étaient pas d'ailleurs sans mérite, ont cru à l'existence de *simples entérites*, et ont appliqué sur le ventre et pendant fort longtemps de nombreuses sangsues, lorsqu'il s'agissait de sténosies carciniques du rectum, qu'en consultation je leur fis constater par la palpation de cet intestin. Toutes les fois que les moindres symptômes porteront à soupçonner l'existence d'un rétrécissement du rectum, il ne faudra jamais négliger de chercher à le découvrir par le toucher.

7420. Lorsqu'un rétrécissement a son siége profondément dans l'œsophage ou dans le rectum, il n'est pas possible de l'atteindre avec le doigt; alors on est obligé d'avoir recours à des instruments qui permettent de parvenir jusqu'à la partie malade (voyez les Traités de médecine opératoire). Dans quelques cas, il peut se faire qu'une sonde d'un volume médiocre pénètre facilement dans l'œsophage, bien qu'une sténosie assez considérable existe. Dans le fait du lord comte de D.... dont il a été parlé dans le Bulletin clinique (n° 68), et lorsque tous les symptômes d'un rétrécissement existaient, une sonde assez volumineuse parvint aisément jusque dans l'estomac; et cependant la nécroscopie prouva malheureusement trop promptement qu'un rétrécissement considérable avait lieu au cardia. Dans des cas de ce genre, il serait certainement utile d'avoir recours à des instruments explorateurs de volumes divers. S'il s'agissait encore de sténosies voisines d'ouvertures accidentelles survenues dans l'intestin, et communiquant à l'extérieur, un stylet boutonné pourrait facilement préciser le siége, l'étendue et quelquefois la nature du mal.

7421. Dans un assez grand nombre de cas, il est possible seulement de palper extérieurement les diverses parties de l'angibrôme, et d'y reconnaître les engorgements ou les tumeurs qui, développés dans son étendue, pourraient y occasionner des sténosies. C'est ce qui a lieu au cou pour l'œsophage, et à l'abdomen pour l'estomac et les intestins.

7422. Il serait à désirer que l'on pût trouver des moyens positifs et certains de mesurer l'étendue et le diamètre des sténosies angibrômiques. On pourrait y parvenir (lorsqu'il s'agit de rétrécissements de l'œsophage ou de ceux du rectum) à l'aide d'instruments du même genre que ceux dont on se sert pour les urétrosténosies,

tels, par exemple, que la cire à mouler placée au bout d'une sonde, qu'un stylet terminé par un bouton ou par un petit ressort, etc.

Plessimétrie.

7423. Ce n'est guère d'une manière directe que la plessimétrie fait reconnaître les sténosies angibrômiques. Seulement, cette méthode d'exploration pourrait faire trouver au cou, à la partie supérieure du thorax, dans le dos, une matité circonscrite en rapport avec quelques tumeurs développées dans ces parties, et qui pourraient produire par compression un retrécissement de l'œsophage. C'est surtout au voisinage du pylore qu'une obscurité de son est parfois en rapport avec quelque célie (tumeur) donnant lieu à une sténosie de l'orifice inférieur de l'estomac. Les tumeurs développées sur le trajet de l'intestin grêle ou sur les régions correspondantes au colon ou aux aines, reconnues par la matité qu'elles produisent peuvent encore démontrer quel est le siége d'un rétrécissement que les symptômes généraux portent à soupçonner.

7424. Toutes les fois qu'une sténosie considérable existe sur quelques points de l'angibrôme, il arrive que les substances ingérées dans la partie de ce conduit située au-dessus du mal, s'accumulent et distendent le tube digestif. Cela a lieu pour l'œsophage, au-dessus d'un rétrécissement du cardia; pour l'estomac, lorsque le pylore est très-étroit; pour l'intestin, lorsqu'une sténosie considérable a son siége sur quelque point de son trajet; pour l'iléon, quand la valvule iléocœcale enflammée ne permet pas la progression des matières; pour les portions du gros intestin situées au-dessus d'une coarctation occupant le rectum; enfin, pour ce dernier intestin, lorsque des hémorrhoïdes viennent à former un bourrelet épais qui gêne l'évacuation des matières fécales.

7425. Or, dans tous ces cas, la plessimétrie fournit des signes importants : si les matières accumulées sont pâteuses ou liquides, on trouve à leur niveau de la matité; s'il existe un mélange de liquides et de gaz, le bruit hydraérique a lieu. Si l'on change la position du malade, *un déplacement s'opère dans l'étendue de l'organe où ces substances sont contenues* (1), de telle sorte que la matité gagne les parties déclives de cette cavité, que les gaz se portent en haut, et

(1) Ce fait important distingue surtout ce cas de ceux d'hydropéritonie dans lesquels le déplacement a lieu dans la cavité du péritoine.

qu'une ligne de niveau sépare les points où le son est obscur de ceux où existe la sonorité produite par les fluides élastiques. J'ai constaté de tels faits une fois pour une dilatation énorme de l'œsophage située au-dessus d'un rétrécissement cardiaque; cent fois peut-être pour la distension de l'estomac par des aliments consécutive à une pylorosténosie, et très-fréquemment encore pour le gros intestin dans des cas de rétrécissement du rectum. A la suite de l'accumulation des fèces dans cet intestin, une matité très-considérable a correspondu plusieurs fois à la partie postérieure du bassin; l'anus était dans ces cas rétréci par des productions cancéreuses.

Etat de vacuité de l'angibrôme au dessous des points sténosiés.

7426. La vacuité de l'angibrôme au-dessous des points sténosiés est encore un signe de rétrécissement du tube digestif fort important à noter. C'est ainsi qu'à la suite d'une coarctation du cardia, l'estomac et l'intestin sont fréquemment revenus sur eux-mêmes, alors ils ne contiennent ni aliments, ni liquides, ni gaz; on trouve dans de tels cas à la simple inspection une dépression marquée de l'épigastre et de tout l'abdomen. La plessimétrie fait trouver une matité en rapport avec le tube digestif, réduit à un petit volume; il est même des circonstances où toute la paroi abdominale est tellement déprimée que les côtés et les os du bassin forment des saillies considérables circonscrivant de toutes parts une cavité représentée par la surface du ventre, surface qui dans l'état nomal est plus ou moins bombée. Ceci n'a ordinairement lieu que dans les cas de sténosie œsophagienne tellement complète qu'il est impossible au malade d'avaler des aliments ou des gaz. Ce sont là les circonstances dans lesquelles il est le plus difficile de mesurer et de dessiner exactement les organes abdominaux par la plessimétrie, attendu que l'angibrôme vide de fluides élastiques et réduit à la condition d'un corps solide peut difficilement alors être distingué du foie, de la rate, des reins ou de la vessie remplie d'urine. Du reste, il est assez rare que la vacuité du conduit alimentaire soit portée à un tel point, et dans l'immense majorité des cas, assez de gaz pénètrent encore dans l'angibrôme pour qu'on y trouve, vers quelques points, de la sonorité. C'est en général dans les gros intestins et notamment dans le cœcum et l'S iliaque qu'on en rencontre encore; parfois même l'estomac en présente, mais toujours dans une faible proportion. C'est l'intestin grêle qui le plus souvent

est complétement vide. Cet état de vacuité du tube digestif se rencontre dans quelques autres cas de gastrosténosies cardiaques, tels, par exemple, que ceux d'entérorrhée chronique considérable, surtout lorsque le malade a été pendant sa durée soumis à une longue abstinence.

7427. Quand il s'agit d'une pylorosténosie complète, très-ordinairement, au contraire, l'estomac est rempli soit de gaz, soit de liquides, soit d'aliments, soit enfin des uns et des autres. Alors la plessimétrie fait rencontrer, suivant ces cas divers et dans l'étendue de l'espace où se trouve l'estomac, de la sonorité, de la matité, un défaut d'élasticité, du bruit hydraérique, le tout pouvant se déplacer dans les limites du lieu où existe le viscère. Dans les cas dont il est ici question, l'épigastre fait souvent une saillie plus ou moins considérable, tandis que les autres parties de l'angibrôme, situées au-dessous, sont déprimées, vides, peu volumineuses, et donnent lieu par la plessimétrie à de la matité, à de la résistance au doigt.

7428. Quand les rétrécissements ont leur siége vers la valvule iléocœcale, comme cela a lieu assez fréquemment à la suite des entérelcies septihémiques, et comme on le voit surtout dans les rétrécissements cancéreux des colons portés très-loin, alors des gaz, des liquides ou des matières accumulées dans la partie de l'angibrôme, situées au-dessus du rétrécissement, dilatent celui-ci, lui font prendre un volume parfois énorme; tandis que les régions du tube digestif inférieurement placées sont plus ou moins vides et donnent lieu à une matité assez marquée dans une petite étendue. J'ai vu des cas dans lesquels l'intestin grêle, gonflé par des gaz, devenu par suite très-sonore et très-élastique, était entouré par un gros intestin vide et par conséquent assez mat. Dans les rétrécissements complets de la partie supérieure du rectum, le sacrum percuté donne de la matité, et en même temps on trouve par le cathétérisme de l'anus que la dernière portion de l'angibrôme est vide.

Résultats de l'ingestion ou des injections de boissons, d'aliments et de gaz dans l'angibrôme, relativement au diagnostic des retrécissements de ce conduit.

7429. L'introduction, soit par l'œsophage, soit par l'anus, de substances pâteuses, liquides ou gazeuses, est un excellent moyen de donner lieu à des caractères plessimétriques propres à faire juger de l'existence et du siége d'une sténosie angibrômique. En fai-

sant avaler des boissons, j'ai trouvé dans un cas qu'il se manifestait au niveau de la partie moyenne du dos (antérieurement sonore) une matité remarquable. Cela avait lieu dans un espace qui correspondait au siége qu'occupe ordinairement l'œsophage ; l'estomac continuait à rester sonore. C'était peu à peu et très-lentement que la sonorité reparaissait dans la région dorsale, et que l'épigastre finissait par donner de la matité (vers la partie déclive) et du bruit hydraérique. Des injections répétées, abondantes et portées avec force dans l'anus, ont donné lieu, dans d'autres cas, à une matité et à un défaut d'élasticité qni avaient leur siége dans une étendue en rapport avec le siége et la forme du gros intestin, *et cela jusqu'au point où existait un rétrécissement qui ne permettait pas aux liquides de s'élever plus haut.* Des injections simultanées de gaz et d'eau pourraient être la source de phénomènes du même genre, et qui consisteraient dans la présence du bruit hydraérique sur le lieu où l'injection pourrait pénétrer et sur son absence au delà. On conçoit que dans les anus contre nature, de tels moyens pourraient encore faire découvrir à quelle portion du tube digestif correspond l'ouverture accidentelle. La partie pratique de tels faits me paraît très-grande, et je suis encore à comprendre comment il se fait que les chirurgiens aient pu jusqu'à présent en tenir si peu de compte. Il serait bien utile en effet, dans une foule d'opérations praticables sur l'abdomen, de savoir exactement le siége d'une sténosie angibrômique, et de déterminer à quelle portion du tube digestif on a affaire. Négliger la plessimétrie dans les rétrécissements des colons est, suivant moi, se rendre coupable d'une grande négligence, pour ne pas dire plus.

Temps pendant lequel les aliments ou les matières séjournent dans l'angibrôme, caractère de sténosie.

7430. Le séjour prolongé des aliments dans une portion du tube digestif a lieu très-fréquemment au-dessus d'un rétrécissement de celui-ci ; or, la plessimétrie fournissant des moyens positifs de constater la présence des matières dans l'angibrôme, donne ainsi des indices précieux de l'existence de telles sténosies. C'est ainsi que dans les cas où l'estomac continue à donner lieu à un son mat, un grand nombre d'heures après l'ingestion des aliments (et cela lorsqu'il n'existe aucune autre lésion qui puisse donner lieu à cette matité), on en infère naturellement qu'il doit exister quelque obstacle à la

sortie du chyme à travers le pylore. J'ai tiré un grand parti, comme diagnostic et comme traitement, d'un tel document. Lorsque le rétrécissement est très-considérable, le séjour des aliments est extrêmement prolongé ; dans les cas où il va jusqu'à l'oblitération complète, la matité persiste jusqu'à ce que des vomissements aient lieu.

Stéthoscopie.

7431. Il est possible d'utiliser l'auscultation pour le diagnostic des rétrécissements de la partie supérieure du tube alimentaire; la déglutition est ordinairement accompagnée d'un bruit spécial appréciable dans la direction de l'œsophage; c'est une sorte de glouglou analogue à celui que l'on entend dans le cou d'un cheval qui boit. Ce bruit est très-distinct lorsqu'on applique l'oreille sur le trajet de la colonne vertébrale. Or, s'il existait une sténosie œsophagienne, inévitablement sur le point où elle existerait, lors du passage des boissons (qui est presque toujours accompagné de la déglutition d'une certaine quantité d'air), on observerait certaines modifications dans ce bruit qui seraient en rapport avec la sténosie. Peut-être encore que les pressions pratiquées sur les divers points du tube digestif, et de telle sorte qu'elles puissent faire progresser les gaz d'un lieu vers un autre, pourraient produire au niveau des sténosies angibrômiques des phénomènes stéthoscopiques particuliers.

Symptomatologie.

Altérations dans la sensibilité. — Douleurs sur le point sténosié du tube digestif et dans les parties de ce tube situées au-dessus.

7432. La douleur n'existe en général au niveau des points du tube digestif sténosiés qu'autant qu'elle est en rapport avec quelque inflammation, quelque ulcération ou quelque lésion organique, ayant leur siége sur ce point rétréci. Mais en revanche elle se déclare, au moins à de certaines époques, *dans les parties de l'angibrôme situées au-dessus de la sténosie elle-même, tandis qu'elle ne se manifeste pas au-dessous*. Ce fait est peu connu, et cependant il est d'une haute importance pratique. *Il est dû à ce que les portions d'organe situées au-dessus se contractent avec effort et d'une manière répétée*, et cela pour surmonter l'obstacle qui existe à la progression des matières. Cette contraction devient alors pénible et souvent extrêmement douloureuse; j'ai observé ces phénomènes dans plusieurs circonstances :

1° Lorsque la déglutition ne s'opère pas par delà le cardia, et que l'œsophage se contracte avec effort;

2° Lorsqu'une pylorosténosie gêne la sortie des aliments, alors toute la région occupée par l'estomac devient par instants, et après la digestion stomacale, éminemment douloureuse. C'est pendant la contraction des fibres gastriques que cela a lieu; car on voit chez certains sujets, dont les parois abdominales sont très-minces, l'estomac (dont la plessimétrie fait d'ailleurs reconnaître le siége exact) prendre une disposition bombée en rapport avec la configuration qu'on lui connaît.

3° Dans les rétrécissements des colons ou du rectum, il arrive que les anses des gros intestins situées en deçà deviennent le siége de coliques atroces, en rapport avec des contractions expultrices (1).

4° Qui ne sait combien sont pénibles les épreintes pour les malades qu'une sténosie de l'anus empêche de rendre facilement les fèces?

7433. Quelle que soit la cause qui rétrécisse ou obstrue le conduit angibrômique, l'effet n'en sera pas moins le même sous le rapport des contractions douloureuses dont il s'agit. On les observe tout aussi bien dans les constrictions produites par des hernies que dans les sténosies suites de cancers. Tout me porte à croire que très-souvent ce sont des mouvements douloureux de l'estomac ou de l'intestin qui se déclarant au-dessus des points rétrécis par suite d'un travail phlegmasique causent les extrêmes coliques qui existent dans la dysenterie, dans certaines gastrentérites. De la même façon que le resserrement involontaire du sphincter de l'anus est souvent suivi de contractions très-pénibles du colon, ainsi l'on conçoit que le pylore spasmodiquement fermé pourrait être ainsi la cause de violentes douleurs dues aux efforts des fibres gastriques, pour débarrasser l'estomac des substances que cet organe contiendrait; ainsi, l'on se rendrait compte de la cause anatomique de plus d'une *gastralgie* et de la manière dont elles se calment à la suite de l'ingestion des aliments ou de pressions faites sur l'épigastre, etc. Peut-être que dans plus d'un cas de péritonite, la douleur est produite par les contractions intestinales qui se font pour faire progresser des gaz à travers certains

(1) Dans un cas fort remarquable récemment observé à la Pitié, et dans lequel il existait une sténosie complète des intestins grêles, on voyait très-distinctement les anses intestinales se dessiner à l'extérieur et se contracter avec une extrême énergie.

points rétrécis par suite de la phlegmasie péritonéale. Nous verrons ailleurs que c'est d'une semblable façon que se produisent les coliques dans les angibrômies saturnines, et des faits complétement analogues se reproduiront lorsque nous aurons à parler des symptômes des sténosies dont la vessie et l'utérus peuvent être le siége.

Douleurs dues à la dilatation des organes au-dessus des rétrécissements.

7434. D'autres douleurs sont encore dues, dans les sténosies angibrômiques, à l'accumulation des gaz et des matières au-dessus du rétrécissement et à la distension qui en résulte. Nous reviendrons sur ces douleurs à l'occasion de l'histoire des dilatations du tube digestif.

Altérations dans l'appétit en rapport avec les sténosies du tube digestif.

7435. Les sténosies des points de l'angibrôme situées au-dessus du cardia ne font pas que le malade perde l'appétit ou qu'il éprouve du dégoût pour les aliments; alors, en effet, l'estomac reste vide, et l'économie éprouve le besoin de réparer ses pertes journalières. Les rétrécissements qui existent au pylore ou au-dessous sont accompagnés d'inappétence ou d'aversion pour les aliments, alors que ceux-ci restent dans l'estomac et n'en sont pas évacués. Cette règle souffre cependant des exceptions, car on voit certains malades conserver un appétit assez vif, au moins à de certaines heures, et cela bien qu'une gastrobrômectasie considérable ait lieu. Quoi qu'il en soit, le désir de prendre de la nourriture reparaît aussitôt que les substances contenues dans l'estomac sont rejetées au dehors. Le plus ordinairement, dans les pylorosténosies, s'il existe de l'appétit, il est modifié et ressemble plutôt à de la défaillance qu'à la sensation naturelle; aussi les malades disent-ils souvent alors que c'est *un faux besoin* qu'ils éprouvent. Du reste, cette même sensation, qui se rapproche de certaines douleurs d'estomac, se manifeste fréquemment dans des états organopathologiques autres que les pylorosténosies.

7436. Les rétrécissements de l'intestin grêle ont sur le défaut et sur la perversion de l'appétit à peu près la même influence que ceux du pylore, et cette influence est d'autant plus marquée que la coarctation est située sur un point plus rapproché de l'orifice pylorique. Dans les sténosies des gros intestins, l'appétit est quelquefois et pendant assez longtemps à peine compromis, parce que ces organes formant une sorte de réservoir dans lequel s'accumulent les fèces et les gaz, la digestion pendant quelques jours n'est pas troublée par suite de cette accumulation.

Rareté ou nullité du besoin de la défécation dans les sténosies angibrômiques.

7437. Toutes les fois qu'une sténosie angibrômique occupe un point supérieur à l'S iliaque, le besoin de la défécation se fait rarement sentir, le besoin cesse même complétement d'avoir lieu alors que l'oblitération est complète. S'il ne parvient point de matières dans le rectum, il est évident que la sensation en rapport avec leur présence ne se manifestera pas. C'est principalement dans les cas où coexistent quelques affections de cet intestin que le besoin de la défécation se prononce, et parfois alors avec fréquence et énergie. Dans les sténosies situées vers l'anus, la sensation dont nous parlons est souvent très-marquée, et se manifeste fréquemment et parfois très-douloureusement ; elle est en rapport dans de telles circonstances avec la présence des fèces dans l'intestin, qui se contracte pour s'en débarrasser.

Altérations dans les mouvements du tube digestif, survenant à la suite des angibrômosténosies.

7438. Quand une sténosie angibrômique gêne seulement le passage des matières, les fibres musculaires situées au-dessus, et comme nous l'avons dit à l'occasion de la douleur (n° 7435), se contractent avec plus de force qu'à l'ordinaire. Si cette gêne continue pendant longtemps, les fibres charnues s'hypertrophient (n° 1789), et leur action peut devenir très-énergique. Lorsque le rétrécissement est complet ou presque complet, et lorsque les matières ont séjourné pendant quelque temps au-dessus de lui, il arrive encore que les fibres musculaires se contractent ; mais alors les mouvements s'opèrent de bas en haut, et les substances que contenaient les organes ne tardent pas à être rejetées au dehors. C'est là ce qu'on appelle la contraction antipéristaltique. Le temps qui s'écoule entre le moment où l'on ingère les aliments ou les liquides et celui où ces contractions ont lieu, varie en raison de la profondeur à laquelle existe la sténosie.

7439. Lorsque le mal a son siége à l'œsophage ou à son orifice inférieur, alors se déclare la régurgitation ; les aliments à peine avalés sont rejetés au dehors par suite des contractions antipéristaltiques des fibres œsophagiennes ; parfois cependant, et surtout lorsque le conduit est dilaté au-dessus de la sténosie, la nourriture séjourne quelques minutes et même davantage avant d'être vomie. Lorsque le rétrécissement n'est pas porté très-loin, les boissons et les ali-

ments très-liquides peuvent encore être avalés, tandis que les substances pâteuses ou solides sont toutes rejetées.

7440. Lorsque la sténosie existe à l'orifice pylorique, et quand elle est assez considérable pour rendre difficile la sortie du chyme, alors il se manifeste un mouvement antipéristaltique auquel viennent se joindre de fortes contractions, soit des muscles pariétaux de l'abdomen, soit du diaphragme, et ces contractions ont lieu par secousses répétées, en quelque sorte convulsives et qui ont reçu le nom de vomissement. Celui-ci ne se manifeste guère qu'après les deux, trois ou quatre heures qui suivent l'ingestion des aliments. Il est même des cas où les contractions de l'estomac sont faibles, se bornent à causer les douleurs dont il a été parlé (nº 7433), et n'ont pas pour résultat l'évacuation des aliments. On trouve alors ceux-ci dans le viscère, huit, dix, vingt-quatre ou quarante-huit heures après que l'ingestion de la nourriture a eu lieu. Bientôt nous reviendrons sur ce fait à l'occasion des gastrectasies.

7441. Il arrive dans certains cas de rétrécissements incomplets que certaines substances sont plus facilement vomies que d'autres. On a attribué un tel fait à la sensibilité de l'estomac, à quelque chose d'idéal, de métaphysique. Tout porte à croire que les substances alors vomies sont celles qui ne peuvent pas traverser la sténosie, tandis que celles qui la franchissent ne peuvent être rejetées par en haut.

7442. Lorsque le rétrécissement a son siége dans les intestins, et lorsqu'il est assez prononcé pour empêcher la progression des matières, il se déclare en général, après les cinq ou six heures qui suivent la réplétion de l'estomac, des mouvements antipéristaltiques de l'intestin. Ceux-ci, accompagnés souvent de quelques douleurs, sont suivis plus ou moins longtemps après de vomissements. Quand c'est le gros intestin qui est sténosié, et surtout lorsque le mal est chronique, les contractions antipéristaltiques et les vomissements dont il s'agit sont parfois très-lents à se manifester, et des quantités considérables de fèces sont souvent accumulées avant que de tels phénomènes se déclarent.

7443. Très-souvent dans les pylorosténosies, presque constamment dans les rétrécissements intestinaux, les liquides ne sont pas rejetés. La raison en est que les boissons, bien que ne pouvant pas traverser les points rétrécis, sont fréquemment absorbées en peu de

nps. D'ailleurs on conçoit que dans beaucoup de cas les liquides
uvent encore traverser la sténosie, tandis que des substances plus
ides ne seraient pas dans le cas de le faire.

7444. Quel que soit le point qu'occupe une angibrômosténosie,
uée au-dessous du pylore, il arrive fréquemment, si elle se déclare
ec des symptômes aigus et si son invasion est rapide, que le ho-
iet se déclare. Celui-ci consiste, comme on sait, dans une contrac-
n brusque et involontaire du diaphragme à laquelle se joint peut-
re un mouvement analogue de l'estomac. Déjà nous avons parlé
ce symptôme à l'occasion des hernies angibrômiques qui souvent
ssi causent des sténosies; nous nous bornerons à ajouter ici qu'il
t très-utile de tenir compte de ce symptôme et de la possibilité de
s relations avec quelque rétrécissement du tube digestif.

ssation des mouvements du tube digestif au-dessous des sténosies dont il est le siége.

7445. Au-dessous des points de l'angibrôme atteints de sténo-
e considérable, les mouvements du tube digestif sont à peu près
ils, ce qui doit nécessairement arriver, puisque les matières ali-
entaires ou fécales, puisque les liquides et les gaz n'y parvien-
nt pas et que ce sont eux qui sollicitent les contractions des mus-
es gastrentériques.

Etat des liquides évacués dans les angibrômosténosies.

7446. La composition, le degré d'altération des substances éva-
ées dans les cas de sténosies angibrômiques, peuvent fournir des do-
iments précieux pour l'étude et pour le diagnostic du siége de ces ré-
écissements. Dans les coarctations de l'œsophage, les aliments et les
quides sont rendus à peu près dans le même état que celui où ils
aient avant d'avoir franchi l'isthme du gosier. La seule exception
cette règle est en rapport avec le cas de dilatation du conduit qui
étend de la bouche à l'estomac et du séjour de ces substances dans
ette dilatation anomale. Quand le rétrécissement existe au pylore, les
iments, qui, comme nous l'avons vu, ne sont évacués qu'après
n temps assez long, sont altérés, souvent méconnaissables, s'il
agit surtout de substances animales; plus leur séjour dans l'esto-
ac a été prolongé, et plus leur apparence est changée. D'ailleurs,
ès-souvent les matières vomies sont aigres à l'odeur ou au goût, ou
it éprouvé les changements qui sont les résultats de la présence
ins le viscère des acides qui nomalement s'y rencontrent. Non-seu-

lement des substances étrangères à l'organisme et avalées antérieurement peuvent ainsi être rendues, mais encore des liquides nomaux déposés dans l'estomac peuvent être évacués. C'est ce qui a lieu pour la salive, pour les mucosités, pour du sang, etc. La bile ne peut pas être rejetée par la bouche lorsqu'il existe un rétrécissement complet du pylore, puisqu'elle est versée dans un point du tube placé au-dessous de cet orifice. Cette remarque est importante comme diagnostic. Quand une sténosie occupe quelque point de l'angibrôme situé entre l'orifice inférieur de l'estomac et la valvule iléocœcale, alors les matières rejetées par la bouche peuvent être converties en chyme. Si le mal siége dans la partie de l'intestin grêle la plus rapprochée de la valvule, déjà les matières vomies qui contiennent de la bile peuvent présenter quelques-uns des caractères des fèces et en avoir jusqu'à un certain point l'odeur. C'est surtout lorsque le mal est situé au-dessous de l'iléon que les substances expulsées par la bouche ont les caractères physiques et l'odeur des fèces.

7447. Le bout inférieur de l'intestin, quand la sténosie n'est pas complète, livre passage à des matières qui n'ont rien de particulier lorsque cette lésion est située sur un point fort éloigné de l'anus. Lorsqu'elle est voisine des sphincters, souvent les fèces sont rendues avec une forme allongée, aplatie, leur apparence est rubanée, et elles se moulent sur les saillies et les dépressions que présentent soit la partie rétrécie qu'elles traversent comme une filière, soit l'anus lui-même.

Quantité des matières excrétées dans les angibrômosténosies.

7448. La quantité de matières rendues dans les sténosies angibrômiques varie infiniment. Quand il s'agit d'un rétrécissement pylorique, souvent les aliments restent longtemps dans l'estomac, s'y accumulent plusieurs jours de suite, de sorte qu'après un certain temps, tout à coup une énorme proportion de substances mal digérées est vomie en une seule fois. Dans les sténosies œsophagiennes gastriques et intestinales assez considérables pour faire que les aliments ne passent qu'en très-petite proportion, il est évident que les matières excrétées par l'anus sont fort peu abondantes. Dans les rétrécissements du rectum, il arrive souvent que les fèces s'amassent pendant longtemps au-dessus de l'obstacle qu'elles ne peuvent franchir, alors il n'y a pas de selles; mais, après un certain

temps, la stimulation qu'elles causent détermine le dépôt d'un liquide abondant et une vive contraction de l'intestin situé au-dessus de la sténosie. La résistance de celle-ci est alors surmontée, et une grande quantité de matières se trouve alors brusquement rendue en un laps de temps souvent très-court.

Gaz évacués dans les angibrômosténosies.

7449. Presque toujours dans les sténosies angibrômiques situées depuis le cardia jusqu'à l'anus il y a des éructations plus ou moins fréquentes; et quand les rétrécissements occupent l'œsophage, les malades avalent souvent de l'air atmosphérique qui est ensuite rendu tout à fait inodore. Il semblerait qu'instinctivement on ingérerait des gaz pour surmonter la résistance que le conduit de la déglutition présente. Quand c'est au pylore que la coarctation a lieu, l'on avale encore fréquemment de l'air; et, de plus, le chyme altéré, que l'estomac contient souvent alors en abondance, dégage une quantité de fluides élastiques plus ou moins considérable. C'est une question fort douteuse que celle de savoir si cet organe en exhale (1). Quoi qu'il en soit, ces gaz, après s'être accumulés dans l'estomac, sont ensuite rejetés au-dehors. Ceci a lieu, soit qu'il survienne plus tard des vomissements, soit que ces phénomènes n'aient pas lieu. Dans de tels cas, les fluides élastiques ont une odeur variable, et qui correspond aux conditions dans lesquelles se trouvent les substances contenues dans l'intérieur de l'estomac. Parfois ils sont aigres, nidoreux et ammoniacaux. Ailleurs, l'odeur d'œufs pourris qu'ils présentent prouve qu'ils contiennent de l'acide sulfhydrique. Les quantités qui en sont rendues sont souvent des plus considérables. Le malade avale souvent de l'air à chaque instant, et en rend aussi d'un moment à l'autre. Nous reviendrons sur ce fait, à l'occasion de l'histoire des angibrômectasies de diverses sortes.

7450. Quand le rétrécissement occupe un point du conduit

(1) J'ai traité avec beaucoup d'étendue le sujet dont il s'agit dans l'article *Pneumatose* du Dictionnaire des Sciences médicales. Depuis cette époque, les faits que j'ai observés me portent à admettre que l'exhalation de gaz par la membrane muqueuse intestinale est très-contestable, tandis que rien n'est plus certain que l'accumulation de ces gaz dans l'angibrôme par suite de la déglutition de l'air et par suite aussi des réactions chimiques qui ont lieu dans les matières que contient le tube alimentaire. Peut-être reviendrons-nous bientôt sur ce sujet.

alimentaire inférieurement placé, les gaz s'accumulent fréquemment dans toute la portion du tube située au-dessus. Alors, les éructations qui ont lieu contractent une odeur stercorale. Dans les entérosténosies considérables, ordinairement les malades ne rendent point de gaz par l'anus, et lorsqu'ils le font, cela n'a lieu que rarement; cependant, quand les matières accumulées dans le tube alimentaire y ont longtemps séjourné, et qu'enfin l'obstacle est surmonté, alors en peu de temps une grande quantité de gaz est évacuée (n° 7449).

Altération dans les fonctions digestives et dans la nutrition à la suite des angibrômosténosies complètes.

7451. Dans les cas de sténosies du pharynx et de l'œsophage produites par des causes inflammatoires ou autres, non-seulement les aliments ne sont pas avalés, mais les boissons elles-mêmes ne le sont point, ou ne le sont qu'avec une grande difficulté. De là une série d'accidents en rapport avec cette cause; de là un écoulement habituel de salive, qui semble alors sécrétée en quantité très-grande; de là des enduits épais formés sur la langue; de là une pénétration possible du liquide salivaire dans le larynx, ce qui doit surtout avoir lieu lorsque des rétrécissements pharyngiens sont situés très-bas et à l'entrée de l'œsophage, etc., etc.

7452. Il n'est pas besoin de dire qu'au-dessous d'une sténosie angibrômique assez considérable pour empêcher complétement les aliments d'aller plus loin, la digestion ne se fait plus. A proportion qu'un rétrécissement considérable est situé vers un point plus élevé de l'angibrôme, la nutrition en éprouve une atteinte plus grave. De là ce dépérissement des malades, cette anhémie qui survient, cette décoloration du sang, cette faiblesse générale, ces joues et ces orbites qui se cavent, ces pommettes qui font saillie, cette ride circulaire prononcée qui se déclare entre les pommettes et les lèvres, ce nez qui s'effile, cette maigreur qui fait des progrès parfois lents, si quelques aliments passent encore, et très-rapide dans le cas contraire; de là, ces membres qui s'amincissent, ces muscles qui s'exténuent; en un mot, ce faciès spécial qui est en rapport avec les souffrances chroniques du tube digestif. A l'état aigu, les sténosies angibrômiques ne sont pas accompagnées d'un tel aspect du malade. Tous les actes dont sont chargées

les diverses parties du conduit alimentaire, situées au-dessous du point rétréci, cessent de s'accomplir, tandis que les actes exécutés par les organes placés au-dessus, sont troublés, pervertis, et n'ont plus pour résultat une digestion convenable. Au lieu de l'excrétion intestinale qui devrait s'opérer, ce sont, comme nous l'avons vu, des vomissements qui surviennent. La nutrition peut encore s'accomplir dans les cas où la sténosie a son siége inférieurement dans le gros intestin, parce que la formation du chyme ou du chyle peuvent avoir lieu, et parce que les matières s'accumulent parfois assez longtemps dans les gros intestins, sans de très-grands inconvénients; mais bientôt des accidents graves ne manquent pas de survenir, et la digestion finit par se troubler au-dessus du point rétréci. Les nausées et le dégoût remplacent l'appétit. Quand les sténosies complètes angibrômiques situées au-dessous du cardia surviennent d'une manière rapide, les douleurs, les mouvements antipéristaltiques, les vomissements, le hoquet qui se déclarent, ne permettent point aux phénomènes digestifs de s'accomplir.

Troubles de digestion dans les angibrômosténosies incomplètes.

7453. Dans les rétrécissements médiocres du conduit alimentaire, les fonctions de ce canal sont troublées, mais d'une manière beaucoup moins aiguë. Si, comme cela est ordinaire, le mal se déclare peu à peu, c'est lentement aussi que les stases de matières s'opèrent, que les organes situés au-dessus du point rétréci se dilatent, et que le dégoût, les nausées, les troubles de digestion et le défaut de nutrition surviennent. Les symptômes gastrentériques sont alors variés en raison de leur siége et du degré de la sténosie. Comme les corps solides et volumineux ne peuvent point passer par cette ouverture rétrécie, tandis que les substances molles ou liquides sont encore susceptibles de franchir les orifices, voici souvent ce qui arrive : la bouche dont les dents sont serrées, le pharynx diminué par les amygdales tuméfiées, l'œsophage resserré par un carcinôme, livrent encore passage aux boissons ou aux aliments liquides, tandis que le bol alimentaire ne peut se former ou ne peut traverser le conduit dont il s'agit : dans les pylorosténosies incomplètes (et il faut largement tenir compte de ce fait dans le traitement), les aliments tirés du règne animal qui, comme la physiologie l'apprend, sont convertis dans l'estomac en une substance pulpeuse, passent

alimentaire inférieurement placé, les gaz s'accumulent fréquemment dans toute la portion du tube située au-dessus. Alors, les éructations qui ont lieu contractent une odeur stercorale. Dans les entérosténosies considérables, ordinairement les malades ne rendent point de gaz par l'anus, et lorsqu'ils le font, cela n'a lieu que rarement; cependant, quand les matières accumulées dans le tube alimentaire y ont longtemps séjourné, et qu'enfin l'obstacle est surmonté, alors en peu de temps une grande quantité de gaz est évacuée (n° 7449).

Altération dans les fonctions digestives et dans la nutrition à la suite des angibrômosténosies complètes.

7451. Dans les cas de sténosies du pharynx et de l'œsophage produites par des causes inflammatoires ou autres, non-seulement les aliments ne sont pas avalés, mais les boissons elles-mêmes ne le sont point, ou ne le sont qu'avec une grande difficulté. De là une série d'accidents en rapport avec cette cause; de là un écoulement habituel de salive, qui semble alors sécrétée en quantité très-grande; de là des enduits épais formés sur la langue; de là une pénétration possible du liquide salivaire dans le larynx, ce qui doit surtout avoir lieu lorsque des rétrécissements pharyngiens sont situés très-bas et à l'entrée de l'œsophage, etc., etc.

7452. Il n'est pas besoin de dire qu'au-dessous d'une sténosie angibrômique assez considérable pour empêcher complétement les aliments d'aller plus loin, la digestion ne se fait plus. A proportion qu'un rétrécissement considérable est situé vers un point plus élevé de l'angibrôme, la nutrition en éprouve une atteinte plus grave. De là ce dépérissement des malades, cette anhémie qui survient, cette décoloration du sang, cette faiblesse générale, ces joues et ces orbites qui se cavent, ces pommettes qui font saillie, cette ride circulaire prononcée qui se déclare entre les pommettes et les lèvres, ce nez qui s'effile, cette maigreur qui fait des progrès parfois lents, si quelques aliments passent encore, et très-rapide dans le cas contraire; de là, ces membres qui s'amincissent, ces muscles qui s'exténuent; en un mot, ce faciès spécial qui est en rapport avec les souffrances chroniques du tube digestif. A l'état aigu, les sténosies angibrômiques ne sont pas accompagnées d'un tel aspect du malade. Tous les actes dont sont chargées

les diverses parties du conduit alimentaire, situées au-dessous du point rétréci, cessent de s'accomplir, tandis que les actes exécutés par les organes placés au-dessus, sont troublés, pervertis, et n'ont plus pour résultat une digestion convenable. Au lieu de l'excrétion intestinale qui devrait s'opérer, ce sont, comme nous l'avons vu, des vomissements qui surviennent. La nutrition peut encore s'accomplir dans les cas où la sténosie a son siége inférieurement dans le gros intestin, parce que la formation du chyme ou du chyle peuvent avoir lieu, et parce que les matières s'accumulent parfois assez longtemps dans les gros intestins, sans de très-grands inconvénients; mais bientôt des accidents graves ne manquent pas de survenir, et la digestion finit par se troubler au-dessus du point rétréci. Les nausées et le dégoût remplacent l'appétit. Quand les sténosies complètes angibrômiques situées au-dessous du cardia surviennent d'une manière rapide, les douleurs, les mouvements antipéristaltiques, les vomissements, le hoquet qui se déclarent, ne permettent point aux phénomènes digestifs de s'accomplir.

Troubles de digestion dans les angibrômosténosies incomplètes.

7453. Dans les rétrécissements médiocres du conduit alimentaire, les fonctions de ce canal sont troublées, mais d'une manière beaucoup moins aiguë. Si, comme cela est ordinaire, le mal se déclare peu à peu, c'est lentement aussi que les stases de matières s'opèrent, que les organes situés au-dessus du point rétréci se dilatent, et que le dégoût, les nausées, les troubles de digestion et le défaut de nutrition surviennent. Les symptômes gastrentériques sont alors variés en raison de leur siége et du degré de la sténosie. Comme les corps solides et volumineux ne peuvent point passer par cette ouverture rétrécie, tandis que les substances molles ou liquides sont encore susceptibles de franchir les orifices, voici souvent ce qui arrive: la bouche dont les dents sont serrées, le pharynx diminué par les amygdales tuméfiées, l'œsophage resserré par un carcinôme, livrent encore passage aux boissons ou aux aliments liquides, tandis que le bol alimentaire ne peut se former ou ne peut traverser le conduit dont il s'agit : dans les pylorosténosies incomplètes (et il faut largement tenir compte de ce fait dans le traitement), les aliments tirés du règne animal qui, comme la physiologie l'apprend, sont convertis dans l'estomac en une substance pulpeuse, passent

nombre d'autres vers les centres nerveux, mais ce sont alors presque toujours des troubles fonctionnels en rapport avec quelque autre état organopathologique coïncidant; cependant un fait très-singulier observé dans les premiers temps de ma pratique médicale semblerait prouver que dans certains cas l'étranglement d'une anse d'intestin peut occasionner des symptômes graves du côté du cerveau, qui cessent tout d'abord que cette cause organique vient à se dissiper (1).

Caractères diagnostiques des diverses sténosies, considérées dans diverses hauteurs du tube digestif.

7459. Dans la crainte que les considérations générales qui précèdent ne soient pas assez précises pour spécifier nettement chacune des sténosies angibrômiques, présentons en quelques mots les caractères principaux qui leur sont propres.

7460. Les stomatosténosies (rétrécissements de la bouche) sont accessibles à la simple vue et à la palpation. Les symptômes en sont tellement évidents qu'il est tout à fait inutile d'y insister.

On peut en dire autant des sténosies pharyngiennes; seulement pour les constater avec toute la précision désirable, il est utile de prendre les précautions indiquées au n° 1520 du *Traité de diagnostic.*

7461. Les sténosies de l'œsophage et du cardia ne peuvent être constatées d'une manière absolue que par le cathétérisme; il faut se servir de plusieurs sondes à dimension variée et d'autres moyens analogues à ceux qu'on emploie pour le canal de l'urèthre, et cela à l'effet non-seulement de reconnaître le mal, mais encore de mesurer le diamètre de l'ouverture que ce mal laisse encore libre; parfois des tumeurs extérieures à l'œsophage produisant la sténosie, sont appréciables par la palpation au cou, par la plessimétrie au cou ou dans

(1) Madame de Saint-M..... fut frappée de tous les accidents d'une encéphalohémie très-intense. Il y avait plusieurs heures qu'ils duraient. Appelé, je trouvai une hernie ombilicale enflammée, et qui paraissait étranglée. Avant tout, je réduisis cette tumeur, et à l'instant même le coma, le stertor, etc., qui existaient à un haut degré, disparurent comme par enchantement. (Mémoire sur les influences que l'estomac exerce sur les autres organes. Journal complémentaire des sciences médicales, 1820.) S'il n'y eut pas ici quelque coincidecne qui ait occasionné les accidents cérébraux, il faut bien admettre que le trouble de la circulation résultant de l'étranglement herniaire a été la cause de quelques stases veineuses et partant de congestions encéphaliques chez cette femme, qui était âgée, pléthorique, et dont le ventre était volumineux.

le thorax. Les symptômes fonctionnels les plus caractérisques qui se rapportent aux rétrécissements de l'œsophage et de l'orifice supérieur de l'estomac, consistent dans la gêne de la déglutition, dans la douleur qui l'accompagne, dans l'accumulation des matières au-dessus du point resserré, faits que la plessimétrie permet de constater au dos (nº 7423), dans certains bruits appréciables par l'auscultation pratiquée au niveau de la région dorsale pendant la déglutition; enfin dans la régurgitation des aliments. Celle-ci a lieu plus ou moins vite après l'ingestion de la nourriture, selon que les rétrécissements sont rapprochés ou éloignés de la bouche.

7462. Les pylorosténosies ne sont point reconnaissables par des signes physiques : la présence d'une tumeur constatée par la palpation et par la plessimétrie sur le lieu où elles existent (et il faut remarquer que parfois ce lieu est éloigné de plusieurs pouces de la région ordinairement occupée par l'estomac) ; une gastrectasie persistant habituellement et appréciable par la percussion médiate ; des douleurs accompagnant la contraction de l'estomac, contraction nécessaire pour surmonter la résistance du pylore; des nausées, des vomissements chymifiés plus ou moins altérés, et cela après un séjour d'une durée variable dans le ventricule; des éructations plus ou moins fréquentes, un défaut plus ou moins complet de nutrition ; tels sont les principaux caractères des coarctations de l'orifice inférieur de l'estomac.

7463. Les rétrécissements de l'intestin grêle et de la valvule iléo-cœcale, que des tumeurs situées vers ces parties peuvent faire soupçonner, sont reconnaissables : par la dilatation que les matières ou les gaz causent dans les parties de l'angibrôme situées au-dessus (ce que la plessimétrie fait trouver) ; par les nausées, le hoquet, les douleurs vives, et parfois excessives à l'état aigu (volvulus, ileus), existant en deçà du rétrécissement, et par des vomissements de matières chymeuses et de bile.

7464. L'inspection et le toucher, le cathétérisme avec une sonde, font souvent reconnaître les sténosies qui existent à l'anus ou près de cet orifice, ou à l'S iliaque et au colon. La palpation de quelque tumeur peut faire soupçonner l'existence du rétrécissement; la dilatation de l'intestin au-dessus du point rétréci par suite de l'abord et du séjour des matières et des gaz donne des caractères plessimétriques en rapport avec ces circonstances. Une dilatation semblable

du colon au-dessous de la coarctation, à l'aide d'injections d'eau ou d'air pratiquées dans le rectum et ne dépassant pas le lieu rétréci (chose facile à constater par les sons que donnent à la percussion médite les substances ainsi injectées) (n° 2426), tels sont les moyens physiques les plus certains pour reconnaître les sténosies des gros intestins. Souvent le colon au-dessus du rétrécissement donne lieu à d'atroces douleurs ; toute la portion d'angibrôme, située en deçà du lieu malade, se remplit de gaz et de matières, le hoquet survient encore, des matières fécales sont souvent vomies, ou les gaz rendus par la bouche ont une odeur stercorale ; les selles sont supprimées ou n'ont lieu que de loin en loin après des accidents graves ; alors elles sont en quantités énormes, et le ventre se vide momentanément ; bientôt les mêmes accidents de rétention des matières se reproduisent ; parfois, les malades rendent habituellement des matières très-liquides en très-petite quantité, tandis que la plessimétrie fait trouver au-dessus du rétrécissement des fèces accumulées en grande proportion, etc., etc.

Variétés des accidents produits par les sténosies en rapport avec la marche de celles-ci.

7465. Les symptômes de l'angibrômosténosie varient infiniment en raison de leur marche. Lorsque celle-ci est rapide, lorsque quelque point du conduit alimentaire vient à être tout à coup rétréci, alors se dessinent au plus haut degré : des douleurs aiguës de l'abdomen ; des contractions intestinales parfois horriblement pénibles, l'aérentérectasie, les hoquets, les nausées, les éructations, les vomissements répétés, etc. ; les battements du cœur s'accélèrent infiniment et deviennent très-faibles, le pouls est parfois filiforme, la respiration est aussi fréquente que peu développée, la chaleur est d'abord très-vive, puis le refroidissement des extrémités a lieu, des frissons surviennent, les mâchoires resserrées convulsivement donnent lieu à des claquements de dents, le faciès se décompose, des cris arrachés par la douleur sont proférés, et si la nature ou l'art ne remédient pas au mal, ces symptômes terribles sont promptement suivis de la mort. C'est ce qui a lieu trop fréquemment dans les hernies étranglées, dans les invaginations intestinales ; parfois cependant sur des sujets débiles, peu irritables ou avancés en âge, il arrive que les angibrômosténosies survenues même rapidement ne produisent pas de symptômes aussi aigus, et que les phénomènes plus latents se bornent à quelques douleurs, à des hoquets, à des vomissements de

matières chymeuses ou fécales, et la mort n'en arrive pas moins assez promptement. Ce fait est important en pratique, et il faut largement en tenir compte au lit du malade. Quand les sténosies angibrômiques marchent avec lenteur, les organes éprouvent peu à peu des modifications de structure consécutives au mal; ils s'accommodent en partie à cette disposition nouvelle; c'est alors qu'ils se dilatent, et que l'ensemble des symptômes dont il a été parlé dans les généralités précédentes (nos 7410 et suivants), se dessine avec une intensité plus ou moins grande, et en un temps qui peut considérablement varier. C'est surtout lorsque la sténosie incomplète se déclare peu à peu, que l'on voit les malades y résister pendant des mois et des années. La mort n'arrive alors qu'au moment où l'oblitération devient complète, ou lorsque des phénomènes morbides graves se déclarent consécutivement dans les parties de l'angibrôme situées au-dessus de la coarctation, ou encore lorsque la nutrition devient tout à fait insuffisante, par suite de la difficulté que les aliments éprouvent à pénétrer par-delà les points rétrécis. Bien entendu encore qu'une foule d'états coïncidents du tube digestif ou des autres organes peuvent amener plus promptement la terminaison de l'existence. C'est ainsi que, dans un cas, j'ai vu un malade être asphyxié par suite de la pénétration dans la trachée-artère de liquides vomis consécutivement à un entérosténosie.

Etiologie. Pathogénie.

7466. Nous avons établi, dans les paragraphes précédents, un grand nombre de faits qui se rapportent à la causalité et à la nature des rétrécissements du tube digestif; ajoutons seulement ici quelques réflexions qui nous paraissent avoir de l'utilité pratique.

7467. Et, d'abord, remarquons que toute sténosie angibrômique comprend deux choses: 1° le retrécissement en lui-même pouvant donner lieu à une série de symptômes; c'est ce que nous avons précédemment étudié, et ce que les auteurs avaient négligé de faire; 2° les circonstances organiques qui causent ces rétrécissements, et nous en tracerons l'histoire à mesure que nous passerons en revue les nombreux états pathologiques qui pouvant avoir leur siége dans le tube digestif, y occasionnent parfois des sténosies. Le complément de cet article se trouvera donc naturellement placé dans l'étude des phlegmasies, des carcinies, des dysnervies, etc., angibrômiques. Ce serait un grand tort que de s'occuper ici de l'étio-

logie et de la pathogénie des innombrables états morbides qui peuvent être suivis de rétrécissement; seulement, nous insisterons sur cette idée que certaines affections dans lesquelles on n'admet point en général l'existence de sténosies angibrômiques, peuvent cependant en causer.

7468. Certaines affections aiguës peuvent produire des rétrécissements dont, en général, on ne tient pas toujours assez de compte; c'est ainsi, par exemple, que dans l'entérite septicémique, ayant occasionné une vive inflammation de la valvule iléo-cœcale, il arrive que celle-ci, couverte d'ulcères ou bien indurée, ne donne plus passage aux matières fécales. Alors il existe une accumulation de fèces dans l'iléon, reconnaissable par la plessimétrie et par des symptômes fonctionnels graves, en rapport avec une telle lésion.

7469. C'est ainsi que des corps étrangers, que des vers accumulés et pelotonnés dans l'intestin, peuvent encore donner lieu à un véritable obstacle au cours ultérieur des matières, et occasionner, soit par leur masse, soit par le resserrement que leur présence cause dans la portion d'angibrôme où il se trouvent, un obstacle à la progression des matières, et par conséquent les mêmes effets que des sténosies véritables. A plus forte raison peut-on en dire autant des fèces indurées, réunies en tumeur, qui fréquemment, chez les vieillards, s'accumulent dans le gros intestin; ou encore des matières molles qui séjournent en grande quantité dans une étendue considérable du colon.

7470. C'est ainsi que des phlegmasies intenses, surtout celles qui sont produites par une substance vénéneuse très-active, sont parfois suivies d'une congestion, d'un épaississement et d'une contraction des fibres charnues de l'intestin (1), d'où résulte un rétrécissement. Celui-ci peut se dissiper spontanément lorsque l'inflammation cesse d'avoir lieu.

7471. C'est encore ainsi que l'on conçoit l'existence de certains resserrements spasmodiques du pylore, plus ou moins analogues aux contractions involontaires de l'anus, et qui pourraient occasionner des accidents, momentanés, il est vrai, mais que l'on peut rapprocher en définitive des sténosies produites par des lésions persistantes.

(1) Tel fut le cas d'un homme mort récemment, dans nos salles à la Pitié, par suite d'une toxentérite produite par le cuivre.

Théorie des accidents qui causent les sténosies angibrômiques.

7472. La théorie de la plupart des accidents que causent les sténosies angibrômiques est des plus simples. Si l'un des points du conduit alimentaire est assez étroit pour que le passage des matières que ce tube contient devienne impossible, nécessairement ces matières s'accumuleront au-dessus; il devra d'autant plus s'en dégager de gaz, que le plus souvent elles sont mélangées d'une certaine quantité d'air qui doit les altérer; de là résulte la dilatation de l'angibrôme au-dessus du point rétréci, soit par des substances liquides, soit par des fluides élastiques. La dilatation que ces matières causent dans l'intestin doit nécessairement donner lieu à des douleurs parfois excessives, et déterminer des contractions qui, ne pouvant se continuer de haut en bas, auront lieu, par conséquent, de bas en haut; de là des contractions dites antipéristaltiques; de là le hoquet, les vomissements, etc. Consécutivement à ces souffrances du tube digestif, ne manqueront pas de se déclarer, en vertu d'une foule de relations organiques, des symptômes graves, et cela soit du côté du cœur ou des poumons, soit dans les autres organes de l'économie.

7473. Quand les rétrécissements sont incomplets, une partie seulement de ces accidents doit survenir; de là les troubles de digestion qu'alors on observe, de là les gaz abondants qui se dégagent et sont évacués; enfin, toute cette série de symptômes que nous avons déjà passés en revue.

Sténosies angibrômiques produites par l'abstinence continuée.

7474. Parmi les causes des sténosies de l'angibrôme, il en est une que nous n'avons pas signalée, et dont il faut cependant tenir grandement compte; je veux parler ici de l'abstinence longtemps continuée, qui donne lieu, non pas à un resserrement borné à l'un des points du tube alimentaire, mais à un rétrécissement général de l'angibrôme. Chez des sujets, en effet, qui ont été longtemps soumis à une diète très-sévère, ou qui n'ont pris pendant un certain temps aucune espèce d'aliments, il arrive ce fait dont il a été parlé à l'occasion des sténosie scardiagastriques (7426), que l'angibrôme reste vide et finit par se retrécir. En général, dans l'économie, tout conduit qui cesse de livrer passage aux liquides destinés à le traverser, se resserre, et finit par acquérir une dimension moindre que dans l'état nomal; le tube digestif ne fait pas ici exception, et l'on trouve, dans de tels cas, que l'estomac et l'intestin finissent par présenter une capacité fort petite. On peut constater ce fait pen

dant la vie : par le peu de dimension de l'abdomen ; par la petitesse des proportions que la plessimétrie trouve à l'estomac rempli d'aliments ; par la satiété et le sentiment de distension gastrique, éprouvées peu de temps après avoir mangé ; par les vomissements qui surviennent si le malade cherche à introduire dans le tube digestif une quantité un peu considérable de substances alimentaires et de liquides. Il est possible qu'un tel état d'atrophie et de rétrécissement tienne parfois à des causes autres qu'une abstinence continuée ; et par exemple, qu'elle soit due à une conformation congénitale ou aux suites d'une phlegmasie intense ; mais cela est plus rare. Quoi qu'il en soit, les effets d'une telle sténosie générale sont, comme on le pense bien, une nutrition incomplète et une faiblesse considérable de celui qui en est affecté.

Thérapeutique.

7475. Remédier à la sténosie elle-même, considérée sous le point de vue mécanique, détruire la cause productrice de la lésion organique dont le rétrécissement est l'effet ; chercher à favoriser ou même à déterminer la progression des matières dans le point resserré, pour évacuer, dans certains cas, les substances accumulées dans les portions de l'angibrôme situées au-dessus de la sténosie ; introduire enfin par-delà les points rétrécis les matières nécessaires à l'alimentation ; telles sont les indications principales que présente le traitement des angibrômosténosies.

1° *Remédier à la sténosie elle-même, considérée sous le point de vue mécanique.*

7476. C'est seulement dans les rétrécissements du tube digestif, ayant leur siége sur des points de l'angibrôme accessibles à la main, que l'on peut ordinairement songer à l'emploi de moyens propres à dilater ou à détruire mécaniquement les coarctations dont le tube alimentaire peut être atteint. Pour le pharynx, l'œsophage et le rectum rétrécis, on parvient parfois, à l'aide de sondes et de moyens dilatateurs, à donner aux conduits sténosiés un diamètre plus considérable (1).

(1) On voit avec quelque surprise combien sont peu employés les agents de dilatation qui ont parfois une telle puissance pour distendre les parois des cavités où on les introduit. Je fais un très-grand usage, dans le traitement des fistules communiquant avec des foyers profonds, de l'éponge préparée à la corde, et cela avec le plus grand succès, et je ne doute pas que, dans certains rétrécissements du rectum, de l'œsophage et peut-être du canal de l'urètre, on ne pût tirer un très-grand parti de sondes creuses, solides, et cependant dilatables, qui contiendraient quelques portions des éponges dont je viens de parler.

Opérations chirurgicales au-dessus du rétrécissement; ponction et troquart que je propose.

7477. Dans les cas encore où une ouverture accidentelle permettrait d'arriver jusqu'à un point rétréci de l'angibrôme, des moyens du même genre seraient applicables à l'étude des agents thérapeutiques dont il vient d'être parlé, et les règles qu'il faut suivre dans leur emploi appartiennent à la chirurgie. Cependant, il se présente ici une question d'une trop haute importance pour que nous ne l'abordions pas; c'est celle-ci: dans les cas où des signes certains permettraient de constater l'existence de rétrécissements de l'angibrôme assez considérables pour empêcher complétement la progression des matières, faudrait-il ouvrir le conduit alimentaire au-dessus, à l'effet de remédier par des moyens mécaniques à la coarctation existante? Déjà Callisen, et surtout M. Amussat, ont prouvé par des observations authentiques, qu'on peut ouvrir avec avantage les colons dans la région lombaire, pour donner issue, par un anus artificiel, aux matières qui s'y accumulent à la suite d'un rétrécissement. Dans l'opération de M. Amussat, le péritoine n'est pas intéressé, tandis que pour l'estomac, pour l'intestin grêle et pour le colon transverse, il est impossible d'y parvenir directement, sans ouvrir la membrane séreuse. Or, bien que la phlegmasie spontanée de celle-ci soit très-rare, la péritonite, résultat de la pénétration des matières dans la cavité péritonéale, est très-fréquente et extrêmement grave. Il semblerait donc hors de toute prudence d'inciser ou de ponctionner l'angibrôme recouvert par le péritoine; et cela, pour arriver à un rétrécissement dont le diagnostic serait même parfaitement caractérisé. En effet, toute ouverture faite de cette façon est en général suivie de l'issue, soit des gaz, soit des liquides chymeux ou stercoraux dans la cavité du ventre.

7478. Or, peut-être serait-il possible de trouver quelque moyen d'ouvrir l'angibrôme à travers le péritoine, sans courir le risque de faire pénétrer des matières dans la cavité du ventre. Déjà on a songé pour quelques tumeurs à faire une eschare avec la potasse, à causer une inflammation adhésive entre les deux lames péritonéales, et à inciser ensuite ces parties, sans crainte de causer un épanchement péritonéal. De telles opérations ont même été pratiquées avec avantage sur des tumeurs hydatifères ou sur des kystes. M. Velpeau, dont la prudence et le talent ne confient rien au hasard, se sert

avec avantage, pour évacuer les gaz intestinaux, d'un troquart et d'une canule très-petits, et n'a pas vu d'accidents en être le résultat (1).

Moyens médicaux.

7479. Il est le plus souvent impossible de remédier par des agents chirurgicaux aux angibrômosténosies. Les principaux moyens directs que l'on possède alors sont de porter des émollients sur les parties rétrécies, et de chercher à augmenter l'énergie des puissances qui peuvent surmonter les obstacles que causent des rétrécissements. Naguère, et actuellement encore pour beaucoup de gens, la pratique

(1) Depuis longtemps j'ai imaginé de pratiquer sur les intestins une ponction avec un instrument particulier, et qui me semble devoir prévenir toute pénétration dans le péritoine. Voici en quoi il consiste. Un troquart ordinaire portant une canule est introduit avec elle dans les cavités de l'angibrôme, comme cela a lieu pour le péritoine dans le cas d'hydropéritonie. Un tube creux, muni à son extrémité d'une petite vessie en baudruche (ou mieux encore en caoutchouc, est introduit à la place de la tige pointue que l'on a retirée. De cette sorte, la vessie est portée dans l'intestin. On insuffle cette petite poche, on tire le tube creux qui la porte vers la canule, de manière à accoller les parois angibrômiques contre le péritoine abdominal. Un curseur fixé par une vis maintient en place la canule, et porte la paroi du ventre en sens contraire de celui où la vessie le dirige, c'est-à-dire de dehors en dedans. Le tube creux qui supporte la petite poche est fermé par un robinet après l'insufflation, et cela, à l'effet d'empêcher la vessie de se vider. Ce tube est d'ailleurs fixé sur la canule, au moyen d'un autre curseur. L'instrument étant appliqué de cette sorte, il est impossible que des liquides ou des gaz s'échappent entre les lames intestinale et pariétale du péritoine accolées. Des adhérences doivent s'établir en peu de temps entre ces lames et prévenir toute pénétration. Des instruments du même genre ont déjà été employés pour d'autres organes, mais nulle part avec plus de chances de succès que dans le cas dont il vient d'être question; une éponge préparée à la corde, entourant la portion de canule destinée à être introduite dans l'intestin, canule qui porterait une dépression circulaire pour la recevoir, ou encore une semblable éponge introduite de la même façon que la vessie au moyen d'un tube, pourraient remplir un office analogue à celle-ci. Il en serait ainsi d'un petit appareil mécanique qui se développerait dans l'angibrôme à la façon des ressorts d'un parasol. Ce dernier instrument, m'a-t-on dit, a été présenté, pour la curation d'autres maladies, à l'Académie royale de médecine, et cela avant que j'eusse songé à y avoir recours pour les intestins. Quoi qu'il en soit, tous ces moyens peuvent permettre de pratiquer des ouvertures au tube alimentaire, sans exposer à la pénétration dans le péritoine des matières que ce tube contient. Des expériences vont être faites avec des instruments de ce genre que je viens de faire confectionner, et j'en exposerai les résultats à la fin de ce volume.

banale était de faire ingérer dans des estomacs à pylore sténosié, des substances molles et pâteuses. Celles-ci ramollissent les tissus, et énervent les muscles du tube digestif; certes, c'est là se conduire à l'opposite de tout ce que l'observation et l'analogie conduisent à admettre. Des prescriptions pareilles ont été souvent la source d'un affaiblissement extrême des malades; plus d'un charlatan en donnant, dans de tels cas, des aliments et des toniques, et de plus, quelque médicament illusoire, ont produit parfois une amélioration réelle.

Emploi de la belladone.

7480. Séduits qu'ils étaient par l'action vraiment remarquable de la belladone sur la pupille, les médecins ont employé quelquefois ce médicament pour remédier au resserrement de l'angibrôme. Bien qu'il ne soit pas le moins du monde prouvé que la belladone détermine le relâchement des sphincters ou des fibres circulaires de l'intestin, on peut sans doute tenter son emploi avec quelque probabilité de succès, alors que l'on constate une contraction habituelle de l'anus, ou lorsque l'on suppose l'existence d'une telle contraction dans d'autres points du tube digestif (1). Mais employer un tel médicament dans l'intention de remédier à un rétrécissement de nature fibreuse, à un engorgement cancéreux, à des tumeurs hémorrhoïdales ou polypeuses, serait à coup sûr tenter l'emploi d'un moyen complétement inutile.

2° *Détruire la cause de la lésion organique dont le rétrécissement est l'effet.*

7481. La sténosie étant toujours l'effet d'une altération quelconque survenue dans les tissus, et la cause de cette altération pouvant être variable, il en résulte que le traitement qui lui convient doit différer suivant les cas; dans les hernies, par exemple, où il arrive qu'une anse intestinale est resserrée par un anneau fibreux, le premier soin doit être de réduire la tumeur, et si cela n'est pas possible, de pratiquer l'incision de cet anneau avant que la vie du malade soit compromise. Dans les cas où des tumeurs existant à l'anus, rétrécis-

(1) Remarquez que la structure de l'iris n'est pas le moins du monde celle des muscles des autres parties de l'organisme, et que l'action de la belladone sur cette membrane peut tout aussi bien dépendre de contractions des fibres rayonnées qu'on y voit, que du relâchement des anneaux circulaires qu'on y a admis. S'il en était ainsi il est évident que toute analogie cesserait d'exister entre les effets d'un tel médicament et ceux que l'on cherche à produire dans des organes musculaires contractés.

sent l'intestin et gênent l'évacuation des fèces et des gaz, il est utile de les enlever, ou d'en obtenir la résolution. Ailleurs, il faut avoir recours : 1° à des évacuations sanguines générales et locales, pour remédier aux phlegmasies qui ont pour effet des rétrécissements ; 2° au traitement antisyphilitique, pour faire dissiper des engorgements des amygdales, du pharynx ou des parties voisines de l'anus ; 3° à des préparations iodées, ou à de l'iodure de potassium, dans l'intention d'obtenir la résolution de goîtres comprimant l'œsophage ou des tumeurs dont la source est douteuse. Si l'on connaissait quelque moyen de remédier à la cause organique du cancer, on serait trop heureux, dans les sténosies de cause carcinique, d'y avoir recours. Du reste, nous reviendrons, dans la suite de cet ouvrage, sur le traitement des nombreuses affections dont les sténosies angibrômiques peuvent être les symptômes.

3° Chercher à favoriser ou même à déterminer la progression des matières à travers le point sténosié.

7482. Les moyens rationnels propres à remplir cette indication consistent principalement dans l'emploi de substances susceptibles de franchir facilement, des obstacles qui existent, et dans celui de médications qui décident, au-dessus du point sténosié, des mouvements capables de surmonter la résistance que cette sténosie présente. C'est pour remplir la première indication, que des corps huileux ou très-mucilagineux portés dans le rétrécissement, ou encore au-dessus de lui, pourraient avoir quelquefois de l'avantage. C'est pour solliciter les contractions des fibres du tube digestif situées en deçà de la sténosie, que les frictions, que les applicatious de glace et les purgatifs sont indiqués. L'huile de ricin, des minoratifs ou même des drastiques dissous dans le mucilage de graines de lin, dans la gélatine ou l'albumine, pourraient présenter le double avantage et de favoriser le glissement des matières par leurs qualités onctueuses, et d'éveiller l'action péristaltique des fibres charnues angibrômiques. Aussi voit-on de tels moyens réussir dans plus d'un cas de hernie étranglée. Pour l'estomac, des frictions avec la flanelle chaude, pratiquées dans le sens où s'exerce la contraction naturelle à ce viscère, ont souvent de l'utilité. Une pression pratiquée par la main sur l'épigastre, avec modération, mais cependant avec un certain degré de force, et cela dans la direction d'une ligne tirée de la grosse extrémité de l'estomac au pylore, nous a paru quelquefois

être utile pour favoriser la sortie du chyme à travers cette ouverture rétrécie. Dans bien des cas d'entérite septicémique, et nous fondant sur l'accumulation des matières dans l'intestin grêle, constatée par la plessimétrie, nous avons fait pratiquer des frictions sur le centre de l'abdomen, où se trouvent le jéjunum et l'iléon, et nous avons bientôt vu que la matité se déplaçait, et se retrouvait bientôt après dans le cœcum. Il est aussi arrivé dans les colosténosies (rétrécissements des colons) que des frictions faites en deçà du point affecté sur les parties de ce viscère remplies de fèces, ont eu le plus grand avantage pour favoriser la progression de ces scores à travers le rétrécissement. C'est même une chose très-remarquable, que de voir chez les sujets affaiblis, et dont les intestins se contractent mal, avec quelle facilité les frictions faites sur les gros intestins y font facilement cheminer les matières.

7483. Dans les sténosies de l'anus ou des portions du rectum très-voisines de cet orifice, on peut, dans les cas de rétrécissement médiocrement considérable, porter des corps gras avec le doigt, ou une injection avec une sonde, au-dessus de la sténosie, ce qui facilite infiniment la sortie des matières et des gaz. Des substances grasses de consistance pâteuse, telles que le suif ou le beurre de cacao, favorisent bien mieux la sortie des fèces que ne le font les corps huileux ou mucilagineux. Ils remplissent ici l'office de ces enduits visqueux que l'on dispose sur des surfaces qui se frottent pour en faciliter les mouvements. Il faut lorsqu'on s'en sert dans l'intention précédente, en introduire avec le doigt, et tout à l'entour du rebord des sphincters, une couche très-épaisse. Souvent cette seule précaution rend facile la défécation qui auparavant était très-pénible. Les corps gras protégent les fissures qui se trouvent parfois à l'anus, ou les hémorrhoïdes qui y font saillie, contre le contact des matières fécales qui souvent les déchirent. Une chose à noter encore ici, c'est que les efforts que l'on fait pour rendre les fèces sont involontairement accompagnés d'une contraction spasmodique des sphincters de l'anus; contraction qui s'oppose ainsi à la défécation. On évite ce resserrement involontaire (parfois excessif, lorsqu'il existe des écorchures douloureuses à l'anus) en recommandant au malade d'éviter les efforts naturels d'expiration, auxquels on se livre lors de la défécation, et de les remplacer par des inspirations forcées dont le diaphragme est le siége. L'action de ce muscle peut

être, en effet, dirigée dans le sens de l'anus; et alors les muscles abdominaux restent relâchés, le sphincter ne se resserre pas, et l'excrétion des matières peut souvent s'opérer sans peine.

4° Évacuer, dans certains cas, les substances accumulées dans les portions de l'angibrôme situées au-dessus de la sténosie.

7484. Dans le cas encore où une sténosie incomplète de l'anus s'oppose à la sortie des fèces, on peut favoriser l'action expultrice de l'intestin et des muscles chargés de l'excrétion en faisant porter, au moment de la défécation, les doigts du malade entre le coccyx et l'anus. Là, il peut sentir le rectum plein de scores; il suffit alors de quelques pressions dirigées de haut en bas, pour favoriser singulièrement la sortie des matières. Dans des cas trop nombreux, il est impossible de déterminer par des moyens quelconques le parcours soit des aliments, soit des matières et des gaz, à travers les parties de l'angibrôme atteintes de rétrécissement. Alors, le séjour de ces substances a les plus grands inconvénients, sous le rapport des désordres qu'elles peuvent produire mécaniquement, chimiquement, ou encore relativement aux douleurs qu'elles ont susceptibles de déterminer. Or, l'indication d'évacuer ces matières devient alors évidente. Elle l'est encore, lorsque des masses de substances chymeuses ou fécales à l'état liquide se trouvent accumulées dans l'angibrôme, et gênent ou empêchent l'action des purgatifs que l'on juge convenable d'administrer.

7485. Lorsqu'un rétrécissement complet congénital ou postérieur à la naissance a son siége dans une portion d'intestin, et principalement dans le rectum, il peut devenir indispensable d'évacuer les matières contenues au-dessus de la sténosie, à l'aide d'une opération. C'est ce qu'on fait lors de l'oblitération de l'anus pour laquelle on a parfois perforé le lieu occupé d'ordinaire par cette ouverture. C'est ce que l'on a pratiqué dans les colons ascendant et descendant avec de véritables succès. On sait, d'après les travaux de M. Amussat, que c'est de chaque côté des reins, dans la région lombaire, qu'il est le plus facile d'aller trouver les intestins, et que l'on parvient dans ces régions à éviter d'intéresser le péritoine. On sait encore que dans de tels cas la plessimétrie a donné des signes précieux de la présence et de la distension de l'intestin (nos 7424 et suivants). Mais ce sujet est entièrement chirurgical, et nous ne pouvons que l'indiquer ici.

5° *Introduire enfin par delà les points sténosiés les matières nécessaires à l'alimentation.*

7486. Cette dernière indication est souvent d'une extrême importance dans les cas chroniques. C'est rarement par la sténosie elle-même que la mort a lieu dans la majorité des cas. C'est ordinairement par l'anémie et par l'inanition, suites des rétrécissements, que le malade périt. La plupart des moyens de faire parvenir les aliments au-dessous des rétrécissements *complets* appartiennent à la chirurgie; c'est ce qui est vrai pour les sténosies buccales, pharyngiennes, œsophagiennes et gastro-cardiaques, à travers lesquelles des sondes peuvent être introduites. Les injections pratiquées à l'aide de ces sondes une fois portées dans les points rétrécis peuvent entretenir l'alimentation, et partant la nutrition. On choisit alors, pour ces injections, les substances que l'on sait être les plus propres à être digérées et à nourrir. De ce nombre sont, à coup sûr, *les jaunes d'œufs, le lait, le jus de viandes*, les fécules et les viandes des animaux, *hachées et écrasées, délayées dans une petite quantité de bouillon; la chair des poissons dont les fibres ne sont point coriaces* et dont on peut faire des *purées*, en les triturant avec des fécules de froment ou de riz délayées, etc.

7487. Il faut autant que possible faire préparer ces substances d'une telle façon, *que l'on imite ce qui se passe dans la bouche, sous le rapport de la mastication et de l'insalivation*, si importantes pour l'accomplissement des fonctions digestives. En ce sens, *il serait utile de faire mâcher* les aliments par le malade ou au moins d'*y faire ajouter une certaine proportion de la salive de celui-ci*, avant de les introduire dans le tube alimentaire. Rappelons-nous aussi que la chymification des substances qui contiennent seulement des proportions médiocres d'eau, se fait mieux que celle des aliments étendus de beaucoup de véhicule aqueux; de là résulte que les aliments qu'on fera prendre ne devront pas être trop délayés.

7488. On emploie souvent dans les cas de gastrosténosie, empêchant le passage des aliments, les injections dans le rectum, avec des substances alimentaires; et cela, dans l'espoir de pouvoir ainsi nourrir les malades. Cet espoir n'est guère fondé sur des notions exactes d'anatomie et de physiologie : non-seulement dans le rectum ne se trouvent point les liquides sécrétés, tels que la bile, le fluide pancréatique qui jouent un grand rôle dans la chylification, mais encore les veines, et même les lymphatiques du gros intestin, ne sont pas les mêmes organes que les chylifères de l'intestin grêle, et ne

peuvent remplir les mêmes fonctions. Il n'y a pas là de ces villosités ni de ces replis de la membrane muqueuse qui, à coup sûr, influent sur l'assimilation de la nourriture. Presque tous les essais d'alimentation par le rectum n'ont pas eu de succès, et les malades sont morts tout aussitôt que si l'on n'eût pas eu recours à un tel moyen. Ces tentatives même ont parfois abrégé la vie, parce que les substances injectées, au lieu d'alimenter, irritent l'intestin, l'enflamment, et joignent aux accidents de l'inanition ceux de la phlegmasie du colon et du rectum. En vain ai-je employé les injections par l'anus, et dans la vue de nourrir, des substances que je crois être le plus éminemment alimentaires (n° 7486), auxquelles je me suis donné garde d'ajouter du sel marin, dans la crainte que celui-ci irritât; en vain dans la même appréhension je n'y ai rien ajouté qui contînt de l'alcool; en vain la quantité d'eau qui a servi de véhicule a été parfois considérable; en vain ai-je eu le soin d'y joindre de la salive du malade; malgré toutes ces précautions et beaucoup d'autres, les *malades ne se sont nourris en aucune façon;* ils ont été atteints de colites ou de rectites plus ou moins aiguës.

7489. En définitive, pour arriver à nourrir dans les cas où des sténosies complètes existent au pylore ou au-dessous, il faudrait pouvoir faire pénétrer les aliments au-dessus de la valvule iléo-cœcale, et au-dessous du rétrécissement (1).

(1) Cela serait facilement exécutable dans le cas où existerait accidentellement un anus contre nature sur quelque point de l'étendue de l'intestin grêle sténosié; mais je ne sache pas que jamais coïncidence de telles lésions ait été observée. Si jamais on la trouvait, certes il en faudrait profiter pour l'alimentation du malade. S'il existait une hernie de ce même intestin, serait-il permis d'ouvrir celui-ci, soit par des incisions faites sur une escarrhe produite par la pierre à cautère (suivant la méthode employée dans les kystes hydatifères), soit par une simple ponction destinée à y faire pénétrer la nourriture? Alors, en retenant le viscère au dehors de la cavité abdominale, on n'aurait guère à redouter un épanchement dans le péritoine. Ce serait seulement dans le sac herniaire que ces accidents seraient à redouter. On ne voit pas pourquoi une telle opération ne pourrait pas être tentée. La canule maintenue en place pourrait servir à faire communiquer l'intestin et l'extérieur de façon à permettre de réitérer les injections nutritives. Cette opération serait, du reste, dangereuse; l'on ne pourrait y songer que dans les cas où la sténosie serait tellement complète et tellement incurable que la mort du malade devrait être une conséquence inévitable et prompte de celle-ci. Ajoutons même que, dans les cas de sténosie pylorique complète, la présence d'une hernie doit être très-rare, attendu que le tube digestif est alors vide de gaz, et que, presque atrophié, il n'a point en général de tendance à s'échapper par les ouver-

Traitement des sténosies angibrômiques générales, résultats de l'abstinence.

7490. Dans les sténosies générales du tube digestif produites par l'abstinence longtemps prolongée, le moyen de guérison est, comme on le pense bien, l'alimentation; celle-ci doit être d'abord dirigée avec une extrême prudence. D'abord, il ne faut donner de la nourriture qu'en petite quantité, et choisir celle qui est riche en principes réparateurs; on l'augmente par degrés, et l'on arrive enfin à des proportions assez grandes pour dilater peu à peu l'estomac. Dans les premiers temps, on fait prendre plusieurs petits repas par jour; plus tard, on les éloigne et on les rend plus abondants. On peut songer parfois à administrer des boissons gazeuses, telles que de l'eau de Seltz; et cela, à l'effet de contribuer, par le dégagement des fluides élastiques, à la dilation de l'estomac et des parties sous-jacentes. Bien entendu que dans de telles médications il faut toujours se régler sur les effets obtenus, et se diriger autant sur l'expérimentation journalière que par les règles de traitement fixées *à priori*.

CHAPITRE V.

ANGIBRÔMECTASIES

(Dilatations du tube digestif).

7491. Les dilatations du tube digestif n'ont pas été étudiées avec plus de soin que ses rétrécissements. On a bien vu que dans quelques cas l'estomac était distendu par des aliments ou par des gaz, que le rectum contenait une énorme quantité de fèces; mais on ne s'est pas élevé à l'étude générale des ectasies angibrômiques; on n'a pas tracé leurs caractères anatomiques et diagnostiques; on n'a point recherché avec assez de soin quelles étaient leurs causes, leur nature, leurs effets sur l'organisme, et quelles règles de traitement leur étaient applicables. On s'est contenté de considérer de telles dilatations comme des symptômes en rapport avec telle ou telle autre lésion, et s'occupant exclusivement de celle-ci, on a négligé

tures de l'abdomen. Enfin, si jamais l'instrument dont nous avons parlé (n° 7878) pouvait ponctionner l'estomac ou l'intestin à travers les téguments du ventre, et prévenir tout épanchement péritonéal, alors peut-être pourrait-on songer à perforer la portion de l'angibrôme située au-dessous du rétrécissement, à l'effet d'y introduire de la nourriture, des boissons, et peut-être une certaine quantité de gaz, nécessaires probablement à l'accomplissement des fonctions digestives.

entièrement une infinité de points de vue pratiques, en rapport avec les angibrômectasies. Nous étudierons les diverses variétés que celles-ci présentent, et nous insisterons exclusivement sur ce que leur histoire présente d'utile.

Nécrorganographie. Angibrômectasies générales.

7492. On trouve parfois le tube digestif très-développé, et en même temps assez distendu dans toutes ses parties. Telle est la disposition normale de certains individus robustes, surtout lorsqu'ils sont parvenus à l'âge de 40 à 50 ans. Ces hommes ont alors, en général, les parois abdominales très-développées; celles-ci font chez eux une saillie plus ou moins considérable, et une grande quantité de graisse se trouve parfois déposée dans le tissu adipeux du ventre. Les grands mangeurs présentent surtout cette disposition; et cela, soit que l'habitude qu'ils ont contractée de prendre beaucoup d'aliments ait fini par dilater l'estomac et l'intestin, soit que l'amplitude primitive de l'angibrôme ait porté de tels sujets à prendre plus de nourriture que ne le font d'autres hommes. On cite certains individus qui, engloutissant d'énormes quantités d'aliments, avaient fini par avoir un tube digestif énormément spacieux; et de ce nombre étaient Bijou et Tarare, dont la voracité est citée dans les ouvrages de physiologie. L'ectasie générale de toute la portion de l'angibrôme qui s'étend du cardia à l'anus se rencontre sur un grand nombre de cadavres, et le plus ordinairement c'est à l'accumulation des gaz qu'elle est due (aérogastrectasie, aérentérectasie); il faut prendre garde de confondre les dilatations gastrentériques, conséquence de la putréfaction, avec celles qui, survenues pendant la vie, ont persisté après la mort. Ce sont, d'une part, les circonstances commémoratives et les indices de décomposition; et de l'autre, les lésions observées dans le tube digestif, qui peuvent faire distinguer ces deux cas l'un de l'autre; car, du reste, les apparences sont absolument les mêmes. Dans les cas dont il a été déjà parlé à l'occasion du refoulement du cœur et des poumons (n° 1523), et dont nous avons en partie traité dans un mémoire spécial (1), l'angibrôme distendu par des gaz occupe parfois un volume considérable; au lieu de s'élever seulement à la hauteur du rebord costal et de l'épine iliaque antérieure et supérieure, comme cela a ordinairement lieu

(1) Traité des altérations du sang, Mémoire sur l'anhématosie par refoulement du diaphragme.

chez les hommes en santé, il fait une telle saillie, qu'il distend énormément les parois abdominales. La plessimétrie pratiquée alors donne des résultats en rapport avec ces dispositions anatomiques. De tels sujets portent quelquefois des hernies, et chez les *femmes atteintes* de cette distension angibrômique, très-souvent la matrice est abaissée. Dans l'un et l'autre sexe, se rencontrent souvent, dans de tels cas, des tumeurs hémorrhoïdaires, un développement des veines saphènes et de leurs divisions, des infiltrations séreuses ou sanguines dans les membres inférieurs. L'ectasie angibrômique peut être produite artificiellement sur le cadavre par l'insufflation de l'estomac ou du rectum, et ce moyen peut servir à étudier ses divers degrés et les déplacements qui surviennent dans les viscères à la suite de l'accumulation des gaz.

7493. Si la poitrine dans de tels cas est ouverte avant l'abdomen, on voit que le cœur et les poumons sont refoulés, que ceux-ci sont réduits à une petite dimension, et que le diaphragme fait au-dessous des côtes une énorme saillie d'une forme bombée.

7494. Si l'on vient à ouvrir l'abdomen par une incision, lorsque le thorax ne l'est pas encore, alors l'angibrôme s'échappe par la solution de continuité, dont les lèvres se rétractent vivement, et en même temps le foie, la rate et le diaphragme s'abaissent, l'air entre brusquement dans la trachée du cadavre, et il semble qu'une inspiration ait lieu. Toutefois ces derniers faits ne sont point observés lorsque l'angiaire est rempli d'écume (n° 5935); celle-ci s'oppose à la pénétration de l'air, et, par conséquent, à la dilatation de la poitrine et à l'abaissement du diaphragme.

État des parois de l'angibrôme dilatées.

7495. Dans les ectasies angibrômiques qui datent de peu de temps, ainsi que dans celles qui sont causées par l'insufflation, on trouve que les tissus dilatés sont plus minces qu'à l'état nomal, et que le degré de cette mincité correspond à celui de la distension. Lorsqu'au contraire l'expansion des viscères dont il s'agit a été la suite d'une sténosie, ou de toute autre cause, qui pendant la vie a longtemps persisté, alors au-dessus du rétrécissement, et en vertu des relations et des phénomènes organiques dont il a été précédemment parlé (n° 1789), les fibres dilatées sont plus épaisses; il y a enfin hypertrophie, en même temps qu'ectasie. Il est des cas dans lesquels le tube digestif dilaté et hypertrophié sur un point se trouve ectasié et aminci

sur un autre, dernier fait qui a lieu surtout dans les portions de l'angibrôme plus ou moins ramollies.

Matières contenues dans l'angibrôme dilaté.

7496. Il est rare que le conduit alimentaire dilaté soit exclusivement rempli de fluides élastiques. Dans tous les cas où j'ai observé des aérectasies angibrômiques considérables, il y avait dans quelque point du tube une certaine quantité de matières alimentaires ou fécales liquides. D'après la quantité de bulles de gaz qui parfois s'en dégageaient, ces matières semblaient avoir été la source des fluides élastiques observés. Dans les cas, cependant, où les malades auraient avalé de l'air, ou encore lorsque les intestins en auraient exhalé spontanément (ce qui, certes, n'est pas encore un fait bien constaté) l'angibrôme pourrait seulement contenir des gaz. Des proportions de ces fluides élastiques (dont l'analyse n'a pas été faite) sont quelquefois très-considérables par rapport à celles des substances liquides ou pâteuses; et dans d'autres cas, le contraire a lieu. Il est fort rare que dans les angibrômectasies générales il y ait exclusivement des matières liquides ou chymeuses contenues dans le tube digestif.

État des divers organes dans les angibrômectasies générales.

7497. Dans les dilatations générales du tube digestif, développées d'une manière aiguë, et surtout dans celles qui sont produites par les gaz, existe le refoulement par en haut, du foie, de la rate, du diaphragme, du cœur et des poumons, dont il a été déjà parlé (n° 1523). Comme conséquence des troubles de circulation dont ces déplacements sont les causes, on trouve les phénomènes des congestions cardiaques, pulmonaires et hépatiques, et ceux de l'anhématosie, par l'écume bronchique (n° 5934). Souvent les organes respiratoires sont alors tellement refoulés, qu'ils occupent dans le thorax une place minime. C'est ce que l'on obtient artificiellement, et d'une manière très-remarquable, sur les animaux chez lesquels on insuffle avec énergie l'estomac et le rectum. A la mort qui survient alors avec une extrême promptitude, on trouve que l'angibrôme, énormément dilaté, remplit presque toute la capacité du thorax en ayant repoussé au-dessus de lui le diaphragme. Sur l'homme et dans les distensions morbides du conduit alimentaire par des gaz, les poumons ne sont pas réduits à des proportions si petites, par suite du grand volume du tube digestif, parce que d'une part, l'angiairaphrosie (n° 5935) qui existe presque toujours, ne permet

pas aux organes pulmonaires de s'affaisser autant; et que de l'autre, les parois abdominales sont en général affaiblies par les maladies antérieures, et se sont davantage prêtées à la dilatation. Le cerveau est souvent congestionné dans de tels cas, et presque tous les organes présentent des états maladifs du même genre que ceux qui ont lieu dans les angiairaphrosies.

7498. La plupart des considérations précédentes, relatives au refoulement des viscères, s'appliquent non-seulement aux ectasies angibrômiques, mais encore à la distension de l'abdomen par une cause quelconque, telle qu'une accumulation énorme de graisse dans le tissu adipeux, telle qu'une hydropéritonie, une tumeur, etc. Nous avons déjà parlé ailleurs des phénomènes organiques produits par de tels états organopathologiques (n° 1523 et suivants), et nous n'y reviendrons pas ici.

Etat des parois abdominales dans les angibrômectasies.

7499. L'état des parois abdominales dans les angibrômectasies générales mérite de fixer l'attention. Il n'est pas, à beaucoup près, toujours le même : chez les uns, surtout lorsque la dilatation s'est rapidement prononcée, les muscles abdominaux sont fermes, épais, rouges et bien nourris. Chez les autres, ainsi que cela a principalement lieu dans les maladies de long cours, ou encore lorsque le ventre a été très-longtemps distendu, les fibres musculaires sont minces, pâles et atrophiées. Dans ces derniers cas, l'abdomen présente un énorme développement.

Angibrômectasies partielles. Gastrectasies, entérectasies, colectasies, etc.

7500. A l'occasion des rétrécissements du tube digestif, nous avons été dans la nécessité de parler des dilatations partielles dont ce conduit peut être atteint. Presque toujours, en effet, elles sont la conséquence de quelque sténosie, soit temporaire, soit permanente. Il est même vrai de dire que des coarctations de l'anus se rencontrent quelquefois sur le cadavre de sujets qui présentent des dilatations générales de l'angibrôme par des gaz ou des matières.

7501. Les *dilatations de l'estomac* sont assez communes. Dans quelques cas, on voit le viscère s'étendre jusque vers l'hypogastre et acquérir une telle capacité, qu'il pourrait contenir plusieurs litres de gaz, de liquides, ou de substances chymeuses qui, d'ordinaire, se trouvent à la nécroscopie renfermés dans ce viscère. Les colons, le cœcum, présentent aussi parfois une énorme dilatation ; et les fèces

qui s'y accumulent y sont quelquefois en telle quantité, que ces organes acquièrent le volume de l'estomac lui-même. J'ai vu fréquemment un tel fait à l'hôpital de la Salpêtrière sur de vieilles femmes qui avaient longtemps conservé les fèces sans les évacuer. Il en arrive fréquemment ainsi pour le rectum. Dans tous ces cas, tantôt les organes sont épaissis, et c'est ce qui a surtout lieu, comme nous l'avons vu, pour les sujets robustes au-dessus des rétrécissements; et d'autres fois ils sont amincis, comme on l'observe chez les hommes dont la constitution est faible, et dont les muscles ont peu d'énergie.

Biorganographie.

7502. L'inspection dans les ectasies angibrômiques fait reconnaître à la forme et à la saillie du ventre que les parois abdominales sont distendues; mais elle ne peut pas faire juger si cette distension tient à une simple dilatation du péritoine, ou bien à ce que les viscères abdominaux sont le siége de l'expansion. Elle ne dit pas non plus quelles sont les substances contenues dans les parties dilatées. On en peut dire autant de la mensuration. Ces moyens d'exploration ont encore peu de valeur pour faire reconnaître les ectasies partielles de l'angibrôme. Toutefois, dans des cas où l'estomac était rempli par de grandes quantités de gaz, d'aliments ou de fluides élastiques, cet organe formait une saillie arrondie dans la région épigastrique, et qui représentait assez bien la forme ordinaire de ce viscère. Ceci avait particulièrement lieu dans les cas de pyloro-sténosie coïncidente, alors que les intestins vides de gaz ou d'aliments se trouvaient au-dessous de l'ectasie gastrique. J'ai vu quelquefois aussi, bien que plus rarement, les gros intestins distendus, remplis de gaz, représenter une sorte de bosselure autour de l'intestin grêle, et faire à l'hypogastre une saillie globuleuse qui donnait au ventre une forme tout à fait particulière.

Palpation.

7503. Lorsque les muscles abdominaux sont relâchés et que les parois abdominales sont molles, soit que pour obtenir cet effet on ait fait placer le malade sur le dos les jambes élevées, ou qu'on l'ait fait plonger, pendant un certain temps, dans un bain, on peut trouver l'estomac distendu par des aliments, des gaz ou des liquides, faire une saillie plus ou moins considérable à l'épigastre. Il en est ainsi pour les gros intestins que l'on rencontre plus facilement dans les flancs et dans les régions iliaques, en palpant avec soin ces dernières parties; on peut trouver des inégalités, des duretés, des tu-

neurs dues à des fèces accumulées, ou éprouver un sentiment d'élasticité en rapport avec la présence des fluides élastiques dans les gros intestins.

7504. Le toucher du rectum y fait reconnaître sa dilatation, et sa distension par des corps variables en consistance. Quand des liquides sont contenus en abondance dans l'estomac et dans les gros intestins, il est quelquefois possible d'obtenir dans l'étendue de l'espace occupé par ces viscères, une fluctuation plus ou moins évidente.

Plessimétrie.

7505. A l'occasion des sténosies de l'angibrôme, nous avons déjà parlé des caractères plessimétriques propres aux dilatations de ce conduit. Bornons-nous donc à dire : 1° que la percussion médiate est ici d'une utilité extrême; 2° qu'elle peut faire reconnaître les dilatations œsophagiennes (n° 7423) ; 3° qu'elle permet de dessiner la forme, l'étendue, la circonscription de l'estomac et des intestins dilatés ; 4° que par la nature des sons qu'elle fournit, que par les sensations d'élasticité ou de matité qu'elle produit, que par les changements survenus dans les caractères plessimétriques donnés par chaque organe abdominal, soit à la suite de l'ingestion des boissons dans l'estomac ou dans les intestins, soit consécutivement aux variations de position des malades, elle fait très-exactement juger des dilatations de l'angibrôme en général, ou de ses diverses parties considérées isolément. Ajoutons enfin qu'il suffit de rapporter les notions et les résultats diagnostiques de plessimétrie à chaque partie du conduit alimentaire, pour juger du degré de dilatation qu'elle peut présenter.

7506. Parmi les faits plessimétriques, l'un de ceux qui a le plus d'importance pratique est celui qui est en rapport avec la constatation du refoulement des viscères par l'angibrôme dilaté. Le foie et la rate donnent lieu alors à leur matité propre, sur des points du thorax plus élevés qu'à l'ordinaire. On trouve le cœur sur une partie de la poitrine voisine de la clavicule, et l'espace occupé par la sonorité des poumons est d'autant rétréci. La sonorité et l'élasticité particulière au tube digestif se rencontrent parfois très-haut, sous le rebord costal, alors que ces viscères contiennent des fluides élastiques. Si ces organes sont pleins de liquides et de gaz, tout au contraire le bruit hydraérique est obtenu sur les mêmes points. Il se peut faire même que l'estomac et le gros intestin situés sous les côtes et remplis de fèces donnent alors une matité marquée. Dans tous les

cas, les caractères de son en rapport avec les viscères contenus dans le thorax, existent aussi dans les parties de l'abdomen qui touchent à la poitrine; ce qui contribue à éclairer le diagnostic (1).

Stéthoscopie.

7507. L'auscultation ne fournit presque aucun document pour reconnaître la dilatation de l'angibrôme ; seulement elle fait quelquefois entendre, lorsque l'estomac et les gros intestins sont dilatés par des gaz, et qu'en même temps des liquides y sont contenus, un bruit de flot spécial. Celui-ci est perçu tout aussi bien lors de l'auscultation à distance (Traité de diagnostic, n° 1594), que lors de l'application de l'oreille. Ce bruit de flot se déclare principalement lorsque le malade vient à éprouver ou à exécuter un mouvement brusque du tronc. Les personnes dont la digestion est laborieuse, dont l'estomac contient ordinairement des gaz, présentent souvent ce symptôme, alors qu'ils viennent de prendre des boissons. A peine oserais-je dire que chez un malade, actuellement sous mes yeux, un médecin a pris un tel phénomène pour un bruit de flot en rapport avec une hydropéricardite qui n'existait pas. On trouve encore dans le cœcum et dans les gros intestins un bruit de clapotement spécial, alors qu'on imprime un mouvement de va et vient sur ces viscères, et alors aussi qu'ils contiennent en abondance des liquides et des gaz.

Symptomatologie.

7508. Les dilatations du tube digestif, en rapport avec la distension de ce conduit, par des aliments, des liquides ou des gaz, sont douloureuses : alors qu'elles surviennent rapidement; alors qu'elles sont portées à un très-haut degré; alors que les substances qui dilatent un des points de ce conduit, changent de place et se portent vers une autre partie de l'angibrôme. Rarement ce sont des liquides qui causent ces douleurs, parce qu'ils n'existent pas ordinairement dans les organes en proportions telles que l'ectasie soit portée très-loin. Les aliments ingérés en trop grande masse dans l'estomac occasionnent parfois une souffrance plus ou moins vive, et celle-ci se déclare parfois chez des individus qui ne mangent que médiocrement, mais dont l'estomac offre, par suite d'une disposition congénitale ou accidentelle, une petite capacité.

(1) Voyez pour les détails relatifs à la plessimétrie de l'estomac et des intestins, les nos 7365, 7390 de cet ouvrage, et de plus les Traités de la percussion, pages 239, 289; du Procédé opératoire, n° 297, et de Diagnostic, n° 1578.

7509. Le plus souvent, quand à l'occasion de la présence des ali-ents ou des liquides, se développent dans l'angibrôme ces douleurs ı rapport avec la distension, c'est parce qu'il se dégage des gaz dans tube alimentaire, aux dépens des substances dont il vient d'être ques-on. C'est ce qu'on observe principalement à la suite de l'ingestion, oit de certaines fécules, soit de celle de haricots et de quelques autres gumineux; on s'imaginerait difficilement combien de fois il arrive ıe la dilatation de l'angibrôme par des gaz est la cause des douleurs astrentériques; dans une infinité de cas où existaient au creux de estomac ces sensations variées auxquelles on donne le nom de gas-algies, on trouvait dans cette même région un bruit tympanique et ne élasticité très-grande. Or, il suffisait de faire quelques frictions our que des gaz fussent évacués; alors le bruit dont il vient d'être arlé cessait de pouvoir être produit par la plessimétrie, et en même mps les douleurs n'avaient plus lieu. Des faits du même genre sont oservés pour les gros intestins, c'est-à-dire que des coliques ex-êmement intenses se déclarent souvent chez des individus qui rouvent une très-grande distension du colon par des gaz; coli-ıes qui se dissipent lorsque ces gaz sont évacués. Combien de fois voit-on pas, à la suite des sténosies, ou de la stase des fèces, des ouleurs excessives se manifester dans l'abdomen distendu par une ande quantité de fluides élastiques, et cesser lorsque l'évacua-on de ces gaz s'est opérée! Je suis sûr que dans beaucoup de périto-tes, que chez un grand nombre d'hystériques, et notamment d'hypo-ıondriaques, les souffrances abdominales n'ont pas d'autres causes. n voit dans de telles circonstances ces mêmes douleurs se déclarer ır tous les points de l'abdomen, et même au-dessus du rebord costal, ors que les viscères sont refoulés vers la poitrine, par suite de leur stension. La plessimétrie apprend dans de tels cas, par la sonorité ı'elle fait entendre au-dessous de la partie inférieure du thorax, le ége qu'occupent les organes distendus par des gaz et l'espèce de sion dont ils sont atteints.

7510. La dilatation de l'angibrôme par des fèces est parfois dou-ureuse; mais c'est plutôt lorsqu'ils sont liquides que dans les cas ı ils sont solides, qu'il en arrive ainsi. Bien plus souvent encore, ce est pas sur le point où les matières sont accumulées que le senti-ent pénible a lieu; mais c'est au-dessus et sur les parties où les ız s'accumulent, que la sensation dont nous parlons se déclare.

7511. Les caractères de ces douleurs en rapport avec la disten-

sion varient; tantôt et le plus souvent, c'est une sensation de tiraillement qui existe ; d'autres fois, ce sont des souffrances vives et momentanées, des coliques, enfin, qui se déclarent. Cela a lieu tout aussi bien pour l'estomac que pour l'intestin, et nous avons été déjà assez parlé de ces faits à l'occasion des sténosies angibrômiques pour n'y pas revenir ici. A l'état très-chronique, les viscères distendus par des gaz ou par des liquides variés sont à peine douloureux. C'est principalement quand le mal s'est manifesté très-lentement que ce défaut de douleur est parfois observé.

Sensations spéciales.

7512. Les sensations internes en rapport avec le tube digestif sont infiniment modifiées par la dilatation du tube alimentaire. Le plus souvent, l'ectasie de l'estomac par des gaz ou par des liquides arrête l'appétit, ou le transforme en un besoin plus ou moins pénible (n° 7435); parfois même il survient dans de tels cas une extrême répugnance pour les aliments. La présence des matières dans les intestins, et même celle des gaz en grande quantité, produit en général le même effet. Le besoin de la défécation est souvent la conséquence de la distension par des matières ou par des fluïdes élastiques. Ceci a surtout lieu lorsque le rectum participe à la dilatation, et que les substances qui la causent sont parvenues dans ce viscère.

Mouvements.

7513. Dans les ectasies médiocres du tube digestif, le mouvement de ses fibres charnues et des muscles abdominaux est conservé; mais dès que la dilatation est parvenue à un degré considérable, dès que les fibres charnues ont très-largement cédé à la cause d'expansion, il arrive que la contraction perd de sa force, et qu'elle cesse de pouvoir se manifester spontanément. Lorsque la distension est extrême, il arrive même que tout mouvement cesse de pouvoir être provoqué par les agents qui d'ordinaire la déterminent. C'est précisément le même fait qui a lieu lorsque l'urine accumulée dans la vessie distend énormement celle-ci et la paralyse. De la même façon aussi que sous l'influence d'une légère évacuation de liquide, la poche vésicale reprend sa puissance contractile; de la même manière aussi le conduit digestif récupère sa motilité dès l'instant qu'une certaine proportion des gaz ou des matières qu'il contenait est évacuée. Les muscles abdominaux sont ici absolument

lans le même cas que les fibres de l'angibrôme; et dans les hypérectasies abdominales ils perdent leur contractilité, et souvent à un tel point qu'après la cessation de la distension, ils ne reviennent en rien sur eux-mêmes, et forment une espèce de membrane molle qui recouvre le tube digestif sans le comprimer. Les conséquences d'une extrême dilatation, *longtemps continuée*, du conduit alimentaire, sont aussi non-seulement de diminuer l'action de ses fibres charnues, mais encore d'en altérer la texture, de les amincir, et en quelque sorte de les anervier. Aussi voit-on quelquefois, après les aérentérectasies énormes, les intestins être mous, se contracter avec difficulté, et se laisser dilater par des gaz à la moindre cause. Il est ici, en effet, une remarque importante à faire : de la même façon que la dilatation extrême de l'angibrôme peut occasionner le défaut de tenacité et de contractilité des fibres musculaires du conduit digestif ou des parois abdominales, ainsi l'affaiblissement, l'amincissement de ces parties, peut être une cause puissante d'ectasie gastrentérique; aussi verrez-vous après l'accouchement, après la ponction dans l'hydropéritonie, et lorsque les parois auront été longtemps distendues, que le conduit alimentaire, d'ailleurs sain, se laissera très-facilement distendre par les gaz qui tendent à s'y accumuler.

Lenteur de la progression des matières dans le tube digestif.

7514. Cette influence des ectasies du tube digestif sur la faiblesse des mouvements qui s'opèrent, soit dans les fibres charnues de l'angibrôme, soit dans les muscles des parois, est cause sans doute de la lenteur avec laquelle l'estomac dilaté se débarrasse des aliments après le travail de la chylification et de sa distension par des fluides élastiques; elle explique la rareté des selles chez les individus atteints d'aérentérectasie habituelle, ou chez ceux qui ont contracté l'habitude de laisser une grande quantité de fèces accumulée dans le gros intestin.

Nature des liquides accumulés dans l'angibrôme.

7515. Toutes les substances que le tube digestif contient d'ordinaire peuvent être excrétées par la bouche ou l'anus. Ce sont en général les boissons, les aliments, la salive, la bile, des mucosités, des gaz, etc., qui se trouvent dans ce cas. Ces corps, devenus chyme ou fèces, séjournent de la même façon dans les intestins ectasiés. On voit quelquefois du sang produit par des hémorrhagies

être contenu en quantité énorme dans l'estomac dilaté. Après un séjour plus ou moins long dans le tube digestif, ces substances sont quelquefois rendues tout à coup en proportion considérable; et cela, soit que des vomissements se déclarent et débarrassent l'estomac des matières qu'il contient, soit que des selles aient lieu en abondance, et rejettent au dehors d'énormes quantité de fèces.

Altérations dans la digestion.

7516. Presque toujours dans les angibrômectasies la digestion devient laborieuse, et les produits de cette fonction ne sont pas convenablement élaborés. Les gaz qui se dégagent habituellement des matières causent des coliques et s'échappent fréquemment par la bouche et l'anus, en produisant un soulagement momentané; s'il n'en est pas ainsi, ils donnent lieu à des distensions douloureuses; souvent la peau, particulièrement celle qui entoure les lèvres, prend alors une coloration jaunâtre, et il se déclare une série de phénomènes généraux et locaux, plus ou moins semblables à ceux qui ont été désignés sous le nom d'hypochondrie. Tantôt la nutrition languit; d'autres fois il ne paraît pas en être ainsi, et les malades deviennent plus ou moins obèses.

Troubles dans les fonctions des organes autres que le tube digestif.

7517. La dilatation de l'angibrôme et de ses diverses parties, portée au point de refouler les viscères vers le thorax, est constamment suivie des troubles dans la circulation et dans la respiration dont il a été déjà parlé (n° 7497), et dont l'intensité varie en raison du degré auquel ce refoulement est porté (1). De la diminution dans l'espace que le poumon occupe résulte une gêne habituelle de la respiration, qui devient courte et haletante; elle se fait principalement par les côtes; les personnes atteintes de cette affection ne peuvent se livrer à la marche ascendante; l'ascension d'un escalier est surtout pour eux fort pénible; ils éprouvent souvent, lorsqu'ils s'y livrent, des battements de cœur, et à la longue ce dernier organe s'hypertrophie sensiblement (n° 1783); pour peu que des aliments soient portés en quantité notable dans l'estomac, ou qu'il y

(1) La plupart des faits qui vont suivre ont été publiés par nous en 1835, dans le Traité de médecine pratique qui avait été entrepris en commun avec plusieurs médecins. On peut retrouver ce travail, intitulé: De l'anématosie par refoulement du diaphragme, dans le Traité des altérations du sang.

ait dans l'angibrôme un développement considérable de gaz, alors la dyspnée augmente et devient parfois excessive. C'est à coup sûr là un des cas les plus fréquents des attaques d'asthme, et une des causes les plus ordinaires des cardiopathies. Les poumons eux-mêmes deviennent, sous l'influence de la compression qu'ils éprouvent par le diaphragme refoulé, le siége d'une congestion habituelle, et des bronchorrhées fréquentes qui ont lieu sont souvent accompagnées ou suivies de bronchites; l'anhématosie se déclare alors à des degrés divers, et suit le développement de l'écume dans les voies de l'air. Ces accidents graves n'ont lieu que dans des cas extrêmes; mais pour peu que le ventre ait acquis du volume, pour peu que l'espace occupé par les poumons soit rétréci par cette cause, on observe quelques-uns des phénomènes précédents. Toutes les maladies auxquelles sont sujettes les personnes dont le ventre est volumineux se compliquent des symptômes qui résultent de la conformation anatomique précédente; c'est là un des faits pratiques dont il est le plus utile de tenir compte. Du reste, ce n'est pas la saillie que l'abdomen présente qui offre ici de l'inconvénient sous le rapport de la manière dont la circulation et la respiration s'accomplissent; c'est bien plutôt l'élévation des viscères vers le thorax qui produit les symptômes plus ou moins graves dont il vient d'être ici question. On voit en effet des gens à très-gros ventre être peu gênés dans leur respiration, et ce sont les personnes dont les parois abdominales antérieures se sont facilement prêtées à la dilatation; chez celles-ci, la plessimétrie permet de constater que le foie, la rate et le cœur ne s'élèvent pas, dans le thorax, plus haut qu'à l'ordinaire. Les individus, au contraire, dont les muscles abdominaux sont très-fermes, peu extensibles, contractés, et chez lesquels l'angibrôme acquiert un grand développement, éprouvent une gêne extrême à respirer, due au refoulement considérable des viscères abdominaux vers la poitrine. Les gens qui ont un thorax très-court sont aussi très-souvent plus incommodés que d'autres, par suite des angibrômectasies, parce que, chez eux, l'espace occupé par les poumons est, en général, plus petit; toutefois, quand la poitrine est mince, très-allongée, et lorsque les côtes se prolongent jusque vers le bassin, les dilatations considérables du tube digestif sont fréquemment suivies d'une difficulté très-grande à respirer.

7518. Remarquons encore que plus le développement du conduit alimentaire se fait avec rapidité, et plus les accidents sont graves.

C'est ainsi qu'une aérentérectasie survenue brusquement gêne parfois d'une manière excessive la respiration et rend le pouls très-fréquent. On sait que chez les chevaux et les ruminants le développement brusque des fluides élastiques dans l'angibrôme, à la suite de l'usage immodéré de l'orge ou de certains fourrages, est suivi d'une mort rapide.

7519. La connaissance des faits précédents est de la plus haute importance relativement à l'appréciation des symptômes qui surviennent dans les phlegmasies des diverses parties du tube digestif, du péritoine et d'une foule d'autres maladies. La sécheresse de la langue, les enduits noirâtres qu'elle présente, sont souvent les conséquences de la dilatation du tube digestif par des gaz, attendu que les malades dans de tels cas, pour faciliter autant que possible leur respiration, dorment souvent la bouche ouverte, et ne la ferment même pas pendant la veille (n° 7373). Que de fois n'a-t-on pas pris pour un symptôme de putridité un état semblable de la langue, dû à la cause précédente! *Dans combien de cas* n'est-il pas arrivé que l'on ait dit qu'une fièvre typhoïde avait la forme adynamique, parce que la langue était noire, par suite de la manière rapide avec laquelle la respiration s'opérait par la bouche, et cela consécutivement à la dilatation des intestins par des gaz!

7520. La dilatation lente de l'angibrôme ne produit pas ordinairement des accidents aussi marqués que son expansion rapide, parce que les parois abdominales se dilatent alors d'une manière graduée, parce que la poitrine conserve une plus grande dimension, ou parce qu'enfin les organes thoraciques s'accommodent peu à peu à la nouvelle position que présente le tube digestif.

Effets des angibrômectasies partielles sur la circulation.

7521. Les dilatations partielles de l'angibrôme déterminent souvent aussi des troubles notables dans la circulation et la respiration. Cela a lieu : pour l'estomac rempli de liquides ou de gaz, et qui vient à soulever le diaphragme; pour les ectasies du colon qui produisent le même effet. La distension de cet intestin et du rectum par des fèces endurcies, ou par des matières liquides en grande quantité, peut aussi causer la compression des veines iliaques ou de celles du bassin, déterminer ainsi une gêne dans le retour du sang, et par suite donner lieu à des phlébectasies ou à l'œdème des extrémités inférieures. La fréquence du varicocèle et des varices à

droite est peut-être due, comme on l'a pensé, à ce que l'iliaque du colon plein de fèces est en rapport avec la veine iliaque droite qu'elle peut comprimer. L'estomac dilaté par des aliments ou par toute autre cause, pourrait, suivant certains auteurs, exercer sur l'aorte une compression qui gênerait le passage du sang vers l'abdomen, et causerait ainsi des congestions cérébrale et pulmonaire. La présence habituelle des fèces abondantes dans les colons est aussi pour beaucoup dans le développement des hémorrhoïdes, et la compression que ces matières portent sur les veines de l'intestin est sans doute pour quelque chose dans la production de ces tumeurs.

Influence des ectasies angibrômiques sur les autres organes.

7522. Sous l'influence d'une dilatation considérable du conduit alimentaire, la vessie est le siége d'une compression qui rend souvent très-fréquent le besoin de rendre l'urine. La même cause peut, comme nous l'avons vu, contribuer à favoriser ou à déterminer l'abaissement et la chute de l'utérus. Il faut tenir compte de ce fait dans l'étude des maladies des femmes en couches. A la suite de la parturition, les parois abdominales affaiblies permettent fréquemment à l'intestin de se distendre par des gaz abondants; et si les muscles des parois se contractent brusquement et avec force, au moment où les viscères sont très-volumineux, et où les parties génitales sont très-molles, alors il arrive facilement que la matrice s'abaisse. Parfois on réussit assez bien à remédier momentanément à cet abaissement, ou à le rendre plus supportable, en provoquant des selles abondantes.

7523. Du reste, on sait combien le développement extrême de l'abdomen gêne l'accomplissement des fonctions génitales. Sous cette influence, très-ordinairement la femme cesse de devenir féconde, et les approches entre les sexes deviennent fort difficiles. Enfin, les fonctions intellectuelles s'engourdissent souvent, à mesure que le ventre prend du développement, et les muscles perdent de l'énergie au moment où le poids du ventre, devenu plus considérable, exigerait qu'ils eussent plus de force pour déterminer la locomotion.

Résumé des caractères propres aux principales angibrômectasies partielles.

7524. Dans la gastrectasie une tumeur bosselée existe parfois à l'épigastre, et la main peut dans certains cas la sentir. Sa forme est globuleuse et rappelle celle de l'estomac; elle occupe le même siége. Le

viscère empli de fluides élastiques fait entendre par la plessimétrie et dans tout l'espace qui lui correspond un son extrêmement tympanique et donne une sensation d'élasticité très-grande. La matité, la ligne de niveau, le bruit hydraérique, le changemeut de siége de la matité en raison des variations de positions, etc. ont lieu suivant que telles ou telles matières sont contenues dans le viscère, et cela dans une étendue très-considérable, et dans un espace où la plessimétrie circonscrit l'estomac. Les boissons que l'on fait prendre occupent tout d'abord (comme la matité qu'elles produisent le démontre) une partie plus ou moins grande de cette étendue. S'il y a des liquides et des gaz dans le viscère, le bruit de flot se déclare à l'occasion des mouvements exécutés par le malade. Le cathéterisme de l'œsophage ainsi que les vomissements peuvent faire évacuer en un temps donné une grande quantité des matières accumulées dans l'estomac, qui sont très-altérées si elles y ont longtemps séjourné. De plus, se déclarent souvent de l'inappétence, des douleurs épigastriques, de mauvaises digestions, des rapports nidoreux, etc.

7525. Dans l'*ectasie des intestins grêles*, on peut observer par l'inspection et par la palpation une saillie prononcée à la partie moyenne et inférieure du ventre ; là aussi les sons plessimétriques sont clairs, mats ou hydraériques, suivant la nature des substances contenues ; ils ne sont point modifiés et ne changent en rien de place suivant les diverses positions du sujet. Quand des matières liquides ou chymeuses sont renfermées dans l'intestin grêle en quantité considérable, les sons que celui-ci fournit diffèrent de ceux donnés par la vessie pleine d'urine en ce qu'il reste presque toujours vers quelque point de la masse intestinale un peu de sonorité en rapport avec la présence d'une petite quantité de gaz. D'ailleurs la forme et le siége de l'espace occupé par cette obscurité de son, rappellent assez bien ceux qu'affecterait le réservoir de l'urine distendu ; mais la matité occupe ici un espace plus large et moins nettement circonscrit. On trouve cependant des cas dans lesquels il est assez difficile de décider au premier abord si c'est bien l'intestin que l'on rencontre sur le point percuté (1). Des douleurs légères ayant leur siége dans le lieu occupé par l'intestin grêle, des troubles de diges-

(1) Les sons que donne l'iléon dilaté se rencontrent aussi en arrière en bas à droite, dans le bassin et dans la région située entre le grand trochanter et la crête iliaque. Il faut pour les obtenir sur ce point, déprimer très-fortement les parties molles sur les os, et percuter avec un certain degré de force.

tion, et des accidents fonctionnels du même genre que dans les gastrectasies viennent se joindre aux signes physiques précédents.

7526. Dans les ectasies du cœur et du colon, c'est sur le siége qu'occupent ces parties, c'est-à-dire : sur la fosse iliaque droite pour le cœcum ; sur le flanc droit pour le colon ascendant ; sur les parties voisines de l'ombilic pour le colon transverse ; sur le flanc gauche pour le colon descendant ; sur la fosse iliaque droite pour le colon descendant, que se trouvent les caractères suivants : saillie arrondie, appréciable à l'inspection et à la palpation ; dans le cas de matières fécales accumulées et endurcies, toucher en rapport avec la présence de tels corps ; dans les cas où des liquides et des gaz existent à la fois dans ces gros intestins, bruit de flot, de clapotement, obtenu par la palpation et par un choc sec imprimé à l'intestin ; matité, absorption du son, défaut d'élasticité si les matières accumulées sont liquides ; sonorité tympanique, élasticité, si des gaz y sont exclusivement contenus ; bruit hydraérique si des fluides élastiques et des substances aqueuses y sont à la fois renfermés. Vient-on à changer le malade de position, la matité en rapport avec les liquides varie de place et se porte vers les portions du gros intestin déclives, tandis que la sonorité se prononce en haut ; des frictions légères faites dans le sens de la progression des matières favorisent ce changement de siége des substances contenues et des sons obtenus par la plessimétrie. Le plus souvent on observe alors des coliques plus ou moins vives ; la défécation est nulle, et après un certain temps il y a des évacuations en quantité plus ou moins grande de gaz, de matières solides ou liquides. Les injections d'eau dans le gros intestin peuvent aussi servir à constater, par les variations de son plessimétrique dont elles sont la cause, que les gros intestins sont dilatés.

7527. L'*ectasie du rectum* se reconnaît par le toucher de cet intestin et par la percussion du sacrum, qui fait trouver des sons en rapport avec la nature des substances qui la causent.

Marche des accidents.

7528. D'après les considérations établies dans les paragraphes précédents, l'angibrômectasie détermine des accidents très-divers suivant la manière dont elle se développe. Il est des cas, en effet, où dans un espace de temps très-court, du jour au lendemain, par exemple, et notamment dans les fièvres graves, le conduit alimentaire se distend par une grande quantité de gaz, d'aliments ou de liquides, et ce sont là les cas les plus fâcheux, ceux où surviennent

principalement des troubles graves de circulation et de respiration. Il en est d'autres, au contraire, où l'ectasie du tube alimentaire se déclare si lentement que c'est seulement après des mois qu'on voit le ventre se dilater. Souvent alors les phénomènes morbides que cause la dilatation sont peu prononcés. Entre ces deux extrêmes on trouve tous les degrés possibles d'acuité ou de chronicité dans l'invasion des accidents.

Étiologie. Pathogénie.

7529. L'habitude que l'on contracte de prendre dans un seul repas une grande quantité d'aliments, l'usage d'une nourriture ou de boissons susceptibles de dégager une quantité considérable de gaz, les circonstances nombreuses qui font que la défécation ne s'opère pas ou ne se fait qu'incomplétement; l'accmulation dans le conduit digestif d'aliments, de chyme, de fèces, de fluides sécrétés, de gaz, sont d'abord des circonstances très-propres à déterminer les angibrômectasies.

7530. Une disposition congénitale ou acquise, telle que les fibres de l'angibrôme et les muscles des parois abdominales soient faibles, un changement dans la constitution survenu très-ordinairement dans les derniers temps de l'âge viril, et tel que le ventre grossit, l'anémie, etc., favorisent singulièrement le développement du tube digestif que déterminent les causes précédentes.

7531. Nous avons vu combien les sténosies du tube digestif sont fréquemment suivies de dilatations dans les parties de ce conduit situées au-dessus. C'est ainsi, par exemple, que les coarctations de l'anus décident fréquemment une ectasie générale de l'angibrôme. C'est encore ainsi que l'utérus dilaté ou une tumeur située dans le bassin, compriment le rectum, gênent l'évacuation des fèces et des gaz, et deviennent des causes réelles de dilatations angibrômiques. Les phlegmasies du conduit alimentaire sont souvent suivies de sa dilatation, qui alors peut souvent être la conséquence des rétrécissements produits par l'état inflammatoire ou du dégagement de gaz qui se fait aux dépens des aliments, ou des boissons mal digérées. L'anervie (paralysie) ou même l'hyponervie des fibres musculaires intestinales est probablement aussi susceptible de favoriser le développement du tube alimentaire. C'est peut-être en partie de cette façon qu'à la suite de certaines attaques d'hystérie on voit le ventre se tuméfier très-rapidement par l'expansion des fluides élasti-

ques. Il suffirait que la contractilité fibrillaire de l'angibrôme vînt en effet à être diminuée (comme on voit les muscles se paralyser quelquefois chez les femmes hystériques), (1) pour que l'élasticité des gaz que contient ce conduit les fît brusquement dilater. Notons même que des douleurs abdominales ou thoraciques gênant les mouvements nécessaires pour l'évacuation des gaz, que des affections cérébrales qui ne permettent point l'accomplissement régulier des actions musculaires, nécessaires pour l'excrétion des fèces et des fluides élastiques, peuvent ainsi devenir les causes d'ectasies angibrômiques.

7532. Quant à la pathogénie de la dilatation du tube digestif, elle a été assez largement traitée dans le courant de cet article et lors de l'histoire des sténosies (n° 7495), pour que nous puissions nous dispenser d'y revenir ici. Notons seulement : que les angibrômectasies entrent comme éléments dans une foule de maladies; qu'elles se retrouvent fréquemment comme symptômes, comme coïncidences, comme complications : dans les phlegmasies du tube digestif et principalement dans l'entérite septicémique, dans les empoisonnements, dans la constipation, dans certaines névropathies gastrentériques mal déterminées, dans les souffrances des ovaires ou du péritoine, dans les affections les plus variées du cœur, du poumon ou même du cerveau ; que c'est une très-grande faute en thérapeutique de ne pas tenir compte de l'existence de l'état organopathologique dont il s'agit; que cet état peut être infiniment plus grave que la lésion souvent fort peu importante qui le cause; qu'il est fréquemment suivi des accidents les plus graves; qu'il entraîne souvent la mort; que ce symptôme doit être combattu lors même que l'on ne peut rien opposer aux lésions organiques qui le produisent; qu'en général, faute de songer assez à l'étude des organes malades, et *précisément parce qu'on se laisse aller à l'étude de la maladie dans son ensemble*, on oublie de faire une attention assez sérieuse à l'angibrômectasie à laquelle il est souvent possible de s'opposer avec de grandes chances de succès, ainsi que les considérations suivantes vont le prouver.

Thérapeutique. Remédier aux causes qui produisent la dilatation.

7533. Il n'existe pas plus de remède spécial contre les dilatations du tube digestif que contre la plupart des autres affections. Avant tout, il faut songer à la cause qui leur donne naissance, et

(1) Nous avons fréquemment observé cette paralysie, sur laquelle nous espérons prochainemen publier un travail.

nous venons de voir combien celle-ci peut être variée. Nous renvoyons au traitement des sténosies angibrômiques (n° 7475) pour ce qui les concerne, et à celui des lésions qui peuvent être les points de départ des indications thérapeutiques. L'étude attentive du paragraphe précédent, relatif aux causes, conduira souvent, et d'après les données du plus simple bon sens, à trouver les moyens de remédier aux dilatations gastrentériques. Aussi n'établirons-nous ici que des notions générales qui seront complétées par l'étude des autres états organopathologiques que plus tard nous aurons à passer en revue.

Remédier aux sténosies.

7534. Remédier aux sténosies aiguës ou chroniques du pylore, de la valvule iléocœcale, du colon ou de l'anus, telle est d'abord l'indication qui se présente dans un grand nombre de cas (n°s 7475 et suivants).

Solliciter les contractions du tube digestif dilaté.

7535. Solliciter les contractions du tube digestif dilaté, telle est ensuite celle qu'il est le plus souvent utile de remplir. Pour y parvenir, il est souvent avantageux, dans les cas chroniques, d'avoir recours à une médication tonique; pour les cas aigus, il peut même être utile d'appliquer sur le ventre des réfrigérants actifs, tels que de la glace pilée et renfermée dans une vessie, moyen qui non-seulement a l'avantage de faire que les intestins dilatés se resserrent, mais encore de déterminer une diminution de volume dans les gaz que contient l'angibrôme.

Frictions.

7536. Les frictions pratiquées sur l'abdomen avec la main, la flanelle, les corps gras, peuvent aussi avoir de l'utilité pour ranimer le mouvement péristaltique des organes abdominaux. Ce n'est pas l'huile de camomille camphrée qui *dans la tympanite* fait évacuer les gaz, ce sont à coup sûr les mouvements que l'on exécute et qui sollicitent ceux de l'intestin. Peut-être même (et j'ai de fortes raisons pour le croire) que dans les cas où les frictions avec l'onguent mercuriel pratiquées sur le ventre ont, dans la péritonite, déterminé un mieux-être remarquable, ce succès était dû aux résultats des mouvements qu'on pratiquait et non pas à l'action du médicament.

7537. Chez quelques personnes dont les parois abdominales distendues ont perdu leur ressort, des ceintures, des ventrières (dont la compression, d'ailleurs modérée, doit être plutôt dirigée de haut en

bas que de bas en haut pour contribuer le moins possible au refoulement du diaphragme), ont eu fréquemment de l'utilité; dans certaines affections aiguës je me suis assez bien trouvé de faire pratiquer sur l'abdomen dilaté par des gaz une compression méthodique beaucoup plus forte.

Pressions exécutées sur l'estomac et sur les gros intestins.

7538. C'est avec le plus grand avantage que dans quelques cas on exerce sur l'estomac dilaté des pressions faites dans la direction de cet organe et depuis la grosse extrémité de celui-ci jusqu'à la région pylorique. De cette sorte on détermine fréquemment l'excrétion des gaz et des matières que renferme le ventricule. Des pressions du même genre dirigées sur le milieu de l'abdomen en même temps que le malade est couché sur le côté droit, ont aussi fréquemment favorisé la progression des matières à travers l'ouverture de la valvule iléo-cœcale. Ces mêmes pressions dirigées d'abord de bas en haut dans la direction du colon ascendant, ensuite de droite à gauche et horizontalement dans le sens du colon transverse, puis enfin de haut en bas et à gauche suivant le trajet du colon descendant, ont souvent déterminé (comme le changement successif du siége de la matité le démontrait) la progression des matières dans le gros intestin. Il n'est pas jusqu'à la partie du rectum située entre le coccyx et l'anus, où souvent les fèces s'accumulent, qui ne puisse être vidée par des pressions pratiquées sur elle avec un certain degré de force.

Cathétérisme de l'œsophage et de l'intestin.

7539. Le cathétérisme de l'œsophage et de l'intestin au moyen de très-grosses sondes est un des moyens les plus utiles de débarrasser promptement l'estomac et l'intestin des matières qu'ils contiennent. Je ne sais pas, en vérité, pourquoi on n'a pas plus souvent recours à ce mode d'évacuation qui n'a aucune espèce de danger. Ce n'est pas à coup sûr la difficulté de l'introduction d'une sonde dans l'estomac qui doit ici arrêter, car cette difficulté est absolument nulle, et il suffit de placer la tête dans une position convenable et de pousser l'instrument dans le pharynx pour arriver très-vite dans l'estomac. Ce moyen n'étant pas en général proposé dans les auteurs de médecine, on ne l'emploie presque jamais; pour ma part il m'a été fréquemment utile, et j'ai évacué ainsi dans bien des cas les matières liquides ou gazeuses qui distendaient la partie supérieure du tube digestif. J'ai même vu que les gaz contenus dans l'intestin grêle re-

fluaient alors parfois à travers le pylore et s'échappaient par la sonde. Celle-ci se bouche parfois par des liquides que l'on peut attirer au dehors à l'aide d'un corps de pompe. On facilite encore très-bien l'évacuation dont il s'agit en faisant pratiquer en même temps des frictions sur l'épigastre et sur les régions de l'abdomen occupées par l'intestin grêle.

7540. Des considérations du même genre sont entièrement applicables à l'anus et au rectum. Dans un nombre de cas assez considérables et dans lesquels il s'agissait d'aérentérectasies développées sous l'influence de l'entérite septicémique, et alors que les accidents produits par cette accumulation de gaz étaient des plus graves, nous avons fait évacuer une partie de ces gaz en introduisant une sonde à plusieurs pouces de hauteur dans le rectum. Plusieurs de ces malades guérirent, qui très-probablement éussent succombé si l'on n'avait pas eu recours à cette évacuation.

Ponction de l'angibrôme.

7541. On a cherché à remédier directement à l'aérentérectasie en ponctionnant le cœcum; les essais de ce genre qui, m'a-t-on dit, ont été faits à l'Hôtel-Dieu, n'ont pas été heureux. Il paraît que sur des animaux qui à la suite de l'ingestion de certains aliments éprouvent une énorme dilatation du tube digestif par des gaz, on a eu parfois recours avec succès à cette médication hardie; mais sur l'homme on ne pourrait y penser qu'autant que l'art posséderait quelque moyen de perforer l'intestin sans courir le risque d'un épanchement abdominal (n° 7479). M. Velpeau a souvent porté avec le plus grand succès et sans accident un trois-quarts ou une canule très-déliée dans les intestins remplis par des gaz à l'effet d'évacuer ceux-ci.

Émétiques. Purgatifs.

7542. Dans la pratique ordinaire les émétiques et les purgatifs sont les moyens les plus utiles pour déterminer l'évacuation des matières contenues dans le tube alimentaire; le tartrate antimonié de potasse remplit fréquemment la double indication de procurer des vomissements et de donner lieu à des selles plus ou moins abondantes; l'ipécacuanha agit aussi très-bien comme émétique; l'extrait de coloquinte, la gomme gutte, l'aloès, sont des purgatifs très-commodes pour les cas chroniques, et ils *irritent* beaucoup moins l'intestin qu'on ne le croit communément. Ailleurs on se sert, pour les cas aigus, des purgatifs salins, mais on devra éviter les eaux

purgatives qui contiennent des gaz, telles que l'eau de Sedlitz et de Pullna. La présence de ces fluides élastiques qui se dégageraient dans l'intestin ne ferait qu'ajouter une cause de plus de dilatation à celles qui existaient précédemment. Je les remplace ordinairement dans les cas d'aérentérectasie par des potions dans lesquelles le sulfate de magnésie ou de soude entre dans les proportions de 30 à 40 grammes pour 150 à 250 grammes d'eau; l'huile de ricin, la manne et les autres purgatifs plus ou moins analogues aux aliments réussissent moins ici que ne le font les substances précédentes.

Cas où il faut s'abstenir de purgatifs ou être réservé dans leur emploi. Antiphlogistiques.

7543. Quand il existe une vive inflammation du tube alimentaire, quand on craint que, sur quelque point, l'intestin ramolli ou aminci ne soit dans des conditions où la perforation soit possible, on sera réservé sur l'emploi des purgatifs et des frictions, et l'on n'y aura recours qu'avec les plus grandes précautions. Souvent lorsqu'il existe des phlegmasies intestinales coïncidentes, on se trouve bien d'avoir recours en même temps qu'aux évacuants, *à des saignées* locales, à des cataplasmes, en un mot à la médication antiphlogistique.

7544. Parfois il arrive que les intestins très-distendus cessent de se contracter même sous l'influence des purgatifs (nº 7513); alors il faut se garder d'employer ceux-ci à des doses de plus en plus fortes, car en accumulant des quantités nouvelles de ces substances dans le tube digestif on ne remédierait pas au mal, et on ne ferait que déposer dans l'angibrôme des matières irritantes qui pourraient y occasionner des lésions graves suivies de phlegmasies et de ramollissement. On aurait recours dans de telles circonstances aux moyens mécaniques précédemment indiqués (nº 7486) en les combinant, suivant les cas, avec des antiphlogistiques, avec des purgatifs doux et huileux, avec des refrigérants, ou avec des moyens susceptibles de déterminer le resserrement plus ou moins lent des fibres charnues.

Astringents, réfrigérants donnés à l'intérieur.

7545. C'est dans ce dernier sens qu'agissent sans doute le tannin et les substances qui en contiennent, telles que l'écorce de quinquina, de chêne, la noix de galle, etc. Ces moyens ne peuvent être employés avec avantage que dans les dilatations lentes, et que dans les cas où le tube digestif a perdu son ressort. C'est ce qui a lieu à la suite des maladies aiguës et de durée, alors que l'abstinence ou l'ali-

mentatation insuffisante ont longtemps continuée, ou bien encore lorsque le tube digestif, longtemps dilaté par des gaz et des liquides, s'est pour ainsi dire accoutumé à cette ectasie permanente. Dans des circonstances semblables je me suis très-bien trouvé du vin de quinquina bien préparé, et de médicaments du même genre. Je n'ai pas osé avoir recours à l'acétate de plomb, qui pourrait être proposé, mais qui est toujours vénéneux. L'eau froide et même la glace avalée par fragments et d'une manière plus ou moins répétée remplissent beaucoup mieux, pour l'estomac, l'indication qu'on se propose ici; tandis que des lavements du même genre introduits dans le rectum peuvent pour le gros intestin produire le même effet.

Alimentation.

7546. L'alimentation dans les angibrômectasies mérite la plus sérieuse attention. Règle générale : *quand le conduit alimentaire est très-dilaté par des substances variées, par des aliments, par des liquides et même par des gaz, il faut soumettre les malades à une abstinence sévère jusqu'à ce qu'on ait évacué ces substances.* Si l'on porte des aliments dans l'estomac rempli de matières qui y ont séjourné, elles augmenteront la dilatation, seront mal digérées, dégageront des gaz et seront la source d'accidents nouveaux ; si des fèces distendent la dernière partie de l'angibrôme, non-seulement les digestions seront troublées, mais le cours des matières sera rendu difficile dans toute l'étendue du conduit gastrentérique. *La dilatation aiguë de l'angibrôme est peut-être l'un des cas où l'abstinence doit être la plus sévère;* mais là comme ailleurs elle ne doit pas durer longtemps; il faut tout d'abord s'occuper d'évacuer les substances qui distendent le tube digestif, et recourir ensuite à une alimentation en rapport avec l'état des organes.

7547. Il sera principalement utile de choisir pour le régime des malades dont le conduit alimentaire est chroniquement dilaté, soit par des fèces, soit par des fluides élastiques, des substances *qui sous un petit volume* contiennent une grande quantité de principes réparateurs, et qui, telles que des matières animales et fibrineuses, dégagent peu de gaz dans le tube digestif. L'usage des fécules et des autres aliments qui donnent naissance à une grande proportion de fluides élastiques n'est pas le moins du monde convenable. Au contraire les épices un peu forts, le vin pur et généreux, les préparations dans lesquelles entre l'alcool à des doses modérées, et données dans les

gibrômectasies habituelles, sont souvent utiles et rétablissent fré-
emment des digestions languissantes.

7548. Certes, ce n'est pas dans les cas d'ectasie du tube digestif
'il convient en général d'appliquer sur le ventre des cataplasmes,
de donner à l'intérieur et en abondance de l'eau décorée du nom
tisane. Il résulte de l'emploi abusif de ces moyens, dans de telles
rconstances, une sorte de macération des tissus, un ramollissement
ritable et une tendance plus grande à la dilatation. On voit fré-
emment, lorsque l'estomac plein de gaz vient de recevoir encore
s liquides abondants (pris spontanément ou d'après l'avis du
édecin), que cet organe contient longtemps les liquides ; ceux-ci
onnent lieu au bruit de flot dont il a été parlé (n° 7507), et
causent la sensation d'un poids douloureux qui ne se dissipe
ue lentement. A plus forte raison les eaux alcalines et gazeuses ne
nt point ici convenables. Ce n'est point d'une manière banale,
omme on le fait habituellement, que les eaux gazeuses doivent être
onnées. C'est dans certaines circonstances déterminées qu'elles con-
iennent, et certes elles ne sont pas indiquées (comme nous l'avons dit
our les eaux purgatives) lorsque le tube digestif dilaté outre mesure
serait plus encore par suite des fluides élastiques qu'elles déga-
eraient.

Mais en revanche l'habitation à la campagne, la respira-
on d'un air pur et sec, de celui des montagnes, par exemple, l'exer-
ice, de longues promenades et parfois l'équitation, l'usage des bains
roids et particulièrement celui des bains de mer, de ceux de la Ro-
helle, du Havre, de Dieppe, etc., peuvent avoir une très-grande uti-
té pour les cas de dilatations chroniques du tube digestif.

Eaux minérales.

7549. C'est sur des principes plus ou moins analogues aux précé-
lents qu'il faudra se diriger lorsque, dans les maladies du tube diges-
if, il s'agira de recommander aux malades plutôt l'usage de telles eaux
ninérales que celui de telles autres, et il faudra se garder d'ajou-
er foi à ces innombrables notices que l'on reçoit chaque année, et
qui semblent constituer chaque source sulfureuse, gazeuse, alcaline
ou ferrugineuse, en une sorte de panacée contre les maladies du tube
digestif, maladies qu'on ne s'est presque jamais occupé de spécifier.

CHAPITRE VI.

ANGIBRÔMEMPHRAXIES

(Obstruction, gêne dans la progression des matières dans le conduit digestif).

7550. Le tube digestif sans être dilaté contient parfois certaines substances qui peuvent y séjourner, altérer ses fonctions et causer des accidents plus ou moins graves; c'est ce que l'on a désigné sous les noms d'embarras gastrique ou intestinal, d'état saburral, bilieux, muqueux ou stercoral. Déjà lorsque nous avons traité de la cholihémie (1), nous avons établi quelques considérations qui ont trait à la doctrine des maladies bilieuses; déjà, lors de l'étude de la pneumonite, nous nous sommes occupés de la phlegmasie pulmonaire, que l'on a supposée être produite par la bile, et des raisons qui nous portent à ne point admettre dans un tel cas la réalité de cette cause (n° 6988). Nous avons encore agité quelques questions relatives à l'embarras gastrique, lors de nos considérations relatives à l'état de la langue (n° 7373); toutefois, nous ne pouvons nous dispenser d'établir ici des considérations générales sur les maladies dites saburrales ou bilieuses, parce que l'on a attaché une grande importance aux lésions que l'on a désignées sous ces noms.

Notions historiques.

7551. Dès les temps les plus reculés, on a admis que la bile jouait dans les maladies un rôle important, et que son séjour dans l'estomac et dans l'intestin donnait lieu à des accidents plus ou moins graves. C'est ce que la lecture des ouvrages d'Hippocrate, d'Arétée, de Celse, de Cœlius, ne permet pas de mettre en doute; mais ce fut surtout Galien, dont les doctrines humorales exercèrent si longtemps sur la science un empire puissant, qui considéra la bile comme le point de départ d'un grand nombre d'affections gastrentériques. Fernel et ses successeurs ne s'écartèrent point ici du médecin de Pergame, et Stoll exagéra encore, s'il est possible, les idées des auteurs précédents sur les affections bilieuses. Pinel rattacha les symptômes, réunis sous le nom de bilieux, non pas à un état particulier de la bile, non pas à la présence de ce liquide dans le tube digestif, mais bien à une

(1) Traité des altérations du sang, art. Cholihémie; voyez aussi le troisième volume des monographies.

ouffrance particulière de l'angibrôme, qui, déterminant un état fé-rile (fièvre bilieuse des anciens), reçut le nom de fièvre menin-gastrique. Pinel, en effet, solidiste très-prononcé, évitait presque ujours les explications et les dénominations humorales; toutefois, admit encore un autre état particulier, fort mal défini comme lé-on, mieux spécifié comme symptôme, très-mal exprimé comme no-enclature, qu'il appela embarras gastrique et intestinal et dont nous arlerons bientôt. Broussais mit entièrement de côté de telles idées rallia tous ces symptômes à des nuances de gastrentérite. Il ne tint as plus compte de l'embarras intestinal ou stercoral des auteurs et e Pinel, que des *colluvies gastrica*, de l'état saburral des médecins lus anciens, et pour lui tout se résuma en un état phlegmasique de membrane interne de l'angibrôme.

1552. Plus tard la maladie si bien décrite par MM. Petit et Serres, renant le nom de fièvre typhoïde, remplaça la gastrentérite de roussais. On oublia presque la doctrine des maladies bilieuses; ais voici que l'on s'avisa de donner *à la collection confuse* que l'on écrivait sous ce nom : *certaines formes spéciales*, et parmi celles-ci n ne trouva rien de mieux à faire que de placer *l'état bilieux* des uteurs. D'autres médecins, affectant de ne rien savoir de ce qui a té fait par les modernes, et de ne citer que des ouvrages d'auteurs ui n'existent plus, sont revenus encore étudier comme un état à part embarras gastrique.

1553. A côté de l'état bilieux et saburral dont il a été parlé, on n a admis encore un autre, auquel on a donné le nom de *muqueux* t qui consiste dans la présence de mucosités plus ou moins abon-antes dans l'estomac. Rœderer et Wagler ont particulièrement in-isté sur cette cause dite muqueuse, des souffrances gastrentériques. eur livre admirable, sous le rapport descriptif, doit être lu par uiconque veut savoir quelle a été la marche de la science, relative-ent à la pathologie du tube digestif. Cet état muqueux fut admis ar Pinel, comme étant l'expression d'une souffrance spéciale des ollicules de la membrane interne du tube digestif. Cette collection l'accidents pouvant être accompagnée de fièvre, il en fit une fièvre articulière à laquelle il donna le nom d'*adénoméningée*. Comme es symptômes rapportés à l'état muqueux se retrouvent parfois dans a série de phénomènes de la fièvre typhoïde, on admit que celle-ci ouvait revêtir aussi *une forme muqueuse*.

1554. Tout à côté de ceci, il faut placer un autre état particulier

de l'estomac, qui a été désigné sous le nom de *pyrosis* ou fer chaud, de soda, etc., et qui, suivant les auteurs, consiste dans la présence de mucosités ou de liquides, devenus acides dans l'intérieur de ce viscère.

7555. L'embarras intestinal de Pinel, l'embarras stercoral de quelques auteurs, la constipation de quelques autres, sont encore des états variés du tube digestif, qui ont joué un rôle important dans la pathologie et qu'il est bon de rapprocher des phénomènes précédents.

7556. Enfin les enduits de la langue, de la bouche et des dents, méritent de fixer l'attention du pathologiste. C'est donc de l'ensemble de tous les faits et de toutes les opinions qui viennent d'être cités précédemment que nous aurons à traiter dans cet article.

Nécrorganographie.

7557. On serait fort embarrassé de dire, en s'en rapportant à l'inspection du cadavre, et même à l'examen des phénomènes observés pendant la vie, ce que les médecins ont désigné et désignent encore sous le nom de *saburres* et d'*état saburral* du tube digestif. On trouve quelquefois, il est vrai, sur le cadavre, du chyme altéré, de la bile et des mucosités dans le tube digestif, formant par leur réunion des substances variables en consistance pâteuses, grisâtres, jaunâtres, brunâtres, et dont la production est quelquefois assez considérable; mais il est évident que ces liquides ne constituent pas quelque chose de spécial, ne méritent pas un nom particulier, et ne sont autre chose que les débris des digestions qui se sont faites dans les derniers temps de la vie des malades.

État bilieux, bile contenue dans le tube digestif, choligastrie, cholentérie.

7558. Parfois aussi, l'estomac et les intestins contiennent, en proportion variable, un liquide ayant les apparences et les caractères d'une bile plus ou moins pure, c'est-à-dire offrant une consistance huileuse, une coloration variant du jaune au brun, ou à la teinte vert-bouteille et donnant aux fèces une teinte foncée. Parfois, on rencontre ce liquide dans l'estomac vers la partie déclive, où il est mélangé avec des boissons, des mucosités et des aliments. D'autres fois, il est étendu à une grande partie de l'intestin qu'il recouvre, en formant une couche plus ou moins épaisse, déposée à la surface de la membrane muqueuse à laquelle il est adhérent et qu'il colore en jaune. Cette même membrane considérée dans l'intestin ou dans l'estomac, au-dessous des liquides dont il vient d'être parlé, tantôt est saine, tantôt

uge et ailleurs ramollie, ainsi que nous le dirons avec plus de dé-il, lorsque nous tracerons l'histoire de la gastromalaxie. Très-or-nairement alors, la vésicule contient dans les cas précédents une iantité notable de bile, ou bien encore il reste dans sa cavité une sez petite proportion de ce fluide, et l'on voit à la mollesse de ce servoir et à son étendue, que quelques moments auparavant elle était us distendue qu'elle ne l'est actuellement, ce qui porte à croire i'elle vient de se vider. Le foie peut présenter alors aussi diverses sions dont nous aurons à parler lors de l'étude des maladies de it organe. Les tissus et les liquides ont quelquefois alors et dans de rtaines circonstances une légère teinte jaune (voyez l'histoire de la iolihémie) ; tels sont les caractères cadavériques que l'on peut rap-orter à l'état bilieux signalé par les auteurs pendant la vie, et qui, du ste, se rencontrent très-rarement avec les caractères précis que ous venons de leur assigner.

Salive, mucosités contenues dans l'angibrôme, blengastrie, blenentérie.

7559. On trouve encore assez fréquemment dans l'angibrôme es liquides clairs, filants, ayant l'apparence de la salive ou de mu-osités, et qui probablement doivent contenir dans l'estomac divers ides. En effet, ce qu'on appelle le suc gastrique est acide, et les omissements de matières semblables, essayés par le papier de Tour-esol, le rougissent plus ou moins. Au-dessous de ces fluides, qui se encontrent souvent dans une proportion assez abondante, la mem-rane muqueuse gastrique du cadavre présente parfois les caractères un ramollissement plus ou moins considérable. C'est sans doute présence de ces liquides qui mérite davantage le nom d'état mu-ieux des auteurs. Les intestins peuvent aussi contenir une quantité us ou moins grande de mucosités colorée par la bile.

Fèces contenues dans les intestins. Scorentérie.

7560. On trouve dans l'intestin, moins souvent qu'on ne serait orté à le croire, de grandes proportions de matières stercorales. orsque des sujets robustes meurent d'une manière rapide, il rive que dans les derniers moments de la vie, l'angibrôme se ontracte avec énergie et rejette les matières qu'il renferme ; cela a ême quelquefois lieu chez les gens qui succombent à une lente an-ématosie, et dans le langage expressif du public, on appelle cela *se der*. De là vient que lors de la nécroscopie, souvent on ne trouve resque plus d'excréments dans les intestins. Toutefois dans certains

cas, surtout lorsque la maladie a parcouru ses périodes avec beaucoup de lenteur, le conduit alimentaire contient une notable quantité de matières fécales. Celles-ci, surtout quand elles sont liquides (et c'est ce qui arrive le plus souvent), occupent les portions du tube digestif les plus déclives, et au-dessous d'elles on voit souvent la membrane muqueuse plus ou moins rouge, et son tissu peu consistant.

Enduits de la langue et de la bouche.

7561. Les enduits de la langue examinés avec soin, sur le cadavre comme pendant la vie, présentent les caractères dont il a déjà été parlé, et forment souvent une couche très-épaisse, très-consistante ou très-sèche, qui est en général plus abondante en arrière et vers la base de l'organe que vers la pointe. Les papilles sont quelquefois fort adhérentes à ces enduits, et on trouve parfois que l'épiderme qui les termine par en haut est coloré de la même teinte que la couche qui les revêt. Les dents, les lèvres, sont souvent recouverts des mêmes produits.

Biorganographie.

7562. Nous avons indiqué ailleurs les signes physiques propres à faire reconnaître la présence des liquides ou des solides dans le tube digestif (n°s 7366, 7429, 7505). Ajoutons que dans les cas dont nous parlons dans cet article, les organes gastrentériques peuvent ne pas être dilatés et qu'alors la plessimétrie leur trouve seulement les dimensions naturelles.

7563. Il est impossible de déterminer à l'extérieur quelle est l'espèce de liquide contenue dans l'angibrôme. On peut bien juger par la palpation et par la percussion de la solidité ou de la liquidité des matières qui y sont renfermées; mais c'est par d'autres moyens qu'on arrive à spécifier quelle est leur nature.

7564. L'INSPECTION des matières spontanément vomies, excrétées par les selles ou dont on pratique volontairement l'éjection, permet, dans bien des cas, de déterminer quelle est la nature des substances contenues dans le conduit alimentaire, mais dans beaucoup de circonstances ces évacuations n'ont pas lieu. Les vomissements provoqués peuvent même induire en erreur, et voici comme quoi : Sous l'influence des efforts que ces actes nécessitent, la vésicule du fiel et le foie, pressés entre le diaphragme et les muscles abdominaux, se vident de bile; celle-ci remontant du duodénum dans l'estomac par le pylore, peut ensuite être vomie, bien que précédemment

elle ne se trouvât pas dans le ventricule. Il faudrait, pour éviter une telle méprise, commencer, avant de solliciter les efforts de vomissements, par limiter plessimétriquement et avec soin la vésicule du fiel et le foie, préciser leur volume, et voir si la diminution de ces parties suivrait ou non, d'une manière brusque, les efforts de vomissements et l'expulsion des substances bilieuses.

Symptomatologie. Marche des phénomènes. Symptômes de l'état bilieux (chologastrie, cholentérie).

7565. Ce sont surtout les symptômes rapprochés des signes physiques, constatant la présence de liquides ou de matières dans le tube digestif, qui peuvent éclairer sur la nature des matières contenuesdans les diverses parties de l'angibrôme.

7566. Ainsi dans les cas où la bile est contenue dans l'estomac et dans l'intestin grêle, il y a en général une douleur médiocre au creux de l'estomac, des nausées, des régurgitations de substances, dont le goût est plus ou moins amer; en même temps on observe de l'inappétence, souvent une répugnance extrême pour les aliments, parfois de la chaleur à la peau, un pouls plein, fort et fréquent (mais alors il y a presque toujours des complications). La soif est fréquemment vive, et l'on admet, ce qui arrive parfois, que les enduits de la langue ont une teinte jaunâtre; de plus, existent dans bien des cas des vomissements, oudes selles de matières éminemment bilieuses; souvent encore se dessinent les symptômes dits bilieux, tels que l'aspect légèrement jaunâtre de la peau, des ailes du nez ou du pourtour des lèvres, etc.

État saburral (brômagastrie).

7567. La présence de chyme et de divers fluides altérés dans l'estomac (saburres) a pour phénomènes symptomatiques : de l'inappétence, des nausées, des vomissements de ces mêmes matières, des rapports nidoreux et rappelant parfois l'odeur des œufs pourris; ces symptômes réunis aux signes indiqués précédemment laissent peu de doutes sur le caractère du mal.

Symptômes de l'état muqueux. Blengastrie, blenentérie.

7568. Lorsqu'il s'agit de la présence de mucosités ordinaires dans l'estomac, on ne trouve guère pour symptômes que de l'inappétence, des vomituritions de substances fades, muqueuses, salivaires, une entérorrhée fréquente, un malaise général, de la lenteur dans les digestions, qui sont en rapport avec l'état anatomique dont nous parlons. Un état fébrile peut se joindre à ces symptômes; alors il y a pres-

que toujours complication de quelques autres lésions et notamment d'accidents phlegmasiques ou de septicémie; les enduits de la langue présentent souvent dans l'état muqueux une teinte blanche à laquelle on a attaché en général une grande importance, et qui se retrouve dans des affections très-variées. Quand ces mucosités et la salive mélangées avec elle sont plus acides, alors il y a des symptômes plus prononcés. Ceux-ci consistent dans des éructations et des vomituritions de liquides éminemment acides, et qui causent le long de l'œsophage une châleur brûlante, souvent douloureuse. Cette sensation pénible se manifeste fréquemment vers l'épigastre; c'est elle qui a été désignée par les auteurs sous les noms de pyrosis ou fer chaud. Chose remarquable, ce symptôme se dissipe parfois d'une manière subite après l'évacuation par en haut de quelques substances salivaires, muqueuses, et ayant au goût l'acidité dont il vient d'être parlé. Ceci a lieu dans quelques cas, lorsque la douleur gastrique existe depuis quelque temps (1).

7569. Les sujets qui sont atteints d'une telle affection, très-fréquemment ne présentent point de fièvre; ils ont des digestions plus ou moins laborieuses, de l'inappétence, et à la longue ils finissent par dépérir faute d'alimentation suffisante; ils offrent dans bien des cas des enduits blanchâtres de la langue, le goût donne la sensation d'une substance fade et souvent une entérorrhée vient se joindre aux symptômes précédents. Lorsque cet état du tube digestif, qui est assez fréquent, vient se joindre à d'autres circonstances anatomo-pathologiques, telles, par exemple, que l'entérite septicémique (fièvre typhoïde), alors il y a complication des deux séries de phénomènes en rapport avec ces lésions, d'où résulte le tableau qui a été décrit par Rœderer et Wagler, sous le nom de maladie muqueuse; par Pinel, sous celui de fièvre adéno-ményngée; par M. Chomel, sous la dénomination de fièvre typhoïde avec forme muqueuse.

Symptômes de l'état saburral.

7570. La présence des matières dans le tube digestif, outre les signes physiques qui sont propres à cet état, donne lieu, en général, à la série de symptômes suivants : inappétence, dégoût pour les aliments, dérangement dans les digestions, développement fré-

(1) Un médecin portait depuis plusieurs semaines une douleur très-vive à la région de l'estomac. Il vomit spontanément une substance claire, filante et très-acide, à peu près dans la proportion d'une verrée, et qui causa une sensation brûlante et âcre dans le pharynx. A l'instant même la douleur disparut et ne se renouvela plus.

quent et abondant de gaz, éructation et éjection anale de ces mêmes gaz ; défaut de selles ou évacuation incomplète de matières stercorales liquides, et souvent répétées ; à la longue, douleurs dans le trajet des gros intestins, besoins fréquents d'aller à la selle sans résultat, enfin symptômes d'entérite, de colite, de rectite, etc., survenant après un temps plus ou moins considérable.

Symptômes en rapport avec les enduits de la langue et des dents.

7571. L'état de la langue et de la bouche que nous rapportons aux emphraxies, et qui consiste dans le dépôt, sur la surface de la membrane muqueuse, d'une quantité plus ou moins considérable de salive et de mucosités desséchées, a pour symptômes une odeur plus ou moins fétide ; la gêne dans les mouvements de la langue, surtout lorsque ces enduits se dessèchent ; un goût pâteux et nauséabond ou la perte momentanée de cette sensation. Lorsque les enduits sont épais, l'appétit cesse en général d'avoir lieu ; lorsqu'ils sont déposés lentement sur les dents, ils constituent une couche limoneuse, grisâtre, horriblement fétide, et qui, finissant par s'endurcir, prend une consistance pierreuse et une teinte brunâtre ou noirâtre ; ceci a lieu même à l'état sain chez presque tous les hommes. Les parties saillantes des dents, sans cesse frottées par la joue, la langue ou les aliments, n'en sont pas recouvertes ; mais ces enduits qui prennent, lorsqu'ils deviennent très-durs, le nom de tartre, s'accumulent principalement dans la dépression qui existe entre les gencives et les dents, ou dans les enfoncements qui résultent du rapprochement des dents juxtaposées. Ce sont de telles substances qui, déposées dans les cavités que présentent les caries dentaires, venant à se putréfier par le contact de l'air, donnent lieu à cette odeur infecte que présente la bouche dans de telles circonstances ; les conséquences de l'accumulation du tartre entre les dents et les gencives sont souvent l'inflammation de celles-ci, leur ulcération, leur hémorrhagie, leur atrophie, leur destruction, des lésions analogues dans les parties qui constituent l'alvéole, et enfin la maladie de la dent et sa chute. Si l'on veut donc conserver sa bouche saine et éviter les troubles de digestion qui résultent de la perte des organes dentaires, on doit porter une très-grande attention à la propreté de la bouche.

Étiologie des états saburral, bilieux, muqueux, mucoso-acide, de l'embarras stercoral, des enduits de la langue, etc.

7572. La présence des matières chymeuses altérées dans le tube digestif peut dépendre de mauvaises digestions, d'excès habituels

de table, de sténosies angibrômiques et de la plupart des causes que nous avons vues être aptes à produire les ectasies du tube alimentaire; l'usage d'aliments de mauvaise qualité, de substances féculentes, de végétaux recouverts de leur épiderme et mal triturés par les dents, peut surtout produire cet état maladif qui peut résulter encore d'une hyponervie gastrique, etc.

7573. On observe le plus ordinairement l'état bilieux ou chologastrie chez les gens qui présentent d'ordinaire la série de phénomènes auxquels les physiologistes donnent le nom de tempérament bilieux (voyez les ouvrages de physiologie) ; ce qui n'est pas dire qu'on ne le rencontre pas chez d'autres hommes. C'est surtout dans l'âge viril, et de 25 à 50 ans, que l'on observe fréquemment les symptômes qui font le sujet de cet article, et l'on voit plus d'hommes que de femmes en être atteints. C'est spécialement dans la saison chaude, vers le milieu de l'été, dans les pays où la température moyenne est très-élevée, que l'on observe l'état bilieux. On le voit survenir après les excès de table, lorsque l'angibrôme a été trop stimulé par des substances irritantes ou alcooliques; il se déclare à la suite de lésions traumatiques du foie, ou lorsque la défécation s'opère mal. Il paraît quelquefois régner épidémiquement. De telles épidémies ne paraissent point tenir à quelque miasme, mais bien à des influences de température, telles que la chaleur et la sécheresse, qui, agissant à la fois sur un grand nombre d'hommes, leur causent à la fois des affections morbides du même genre. Un grand nombre d'épidémies semblables, dites bilieuses, ont été décrites par les auteurs, tels que Stoll, Lepecq de la Cloture, etc. ; la réunion de cet état bilieux aux symptômes dits typhoïques ne laisse pas que d'être fréquente, et c'est ce qui a fait dire à quelques personnes que la fièvre typhoïde avait souvent *la forme bilieuse*. Déjà nous avons parlé de la pneumonie qui a reçu le même nom, et que nous avons cru ne pas devoir admettre; nous aurons autant à en dire plus tard des encéphalies, qui sont compliquées d'un état bilieux, etc., etc.

7574. La série de symptômes désignée sous le nom d'état muqueux se rencontre spécialement chez des femmes, des enfants, chez des hommes d'une constitution faible, d'un tempérament dit lymphatique, chez des gens mal nourris, qui ont éprouvé des privations, qui ont été soumis à une alimentation végétale longtemps continuée, à un repos plus ou moins prolongé, à l'habitation dans un lieu humide et mal éclairé; or, c'est principalement dans les saisons hu-

mides et froides et dans les lieux ou règnent de telles conditions atmosphériques que l'état muqueux est observé. On le voit régner épidémiquement sous de telles influences ; c'est ce qui avait lieu dans l'épidémie dont Rœderer et Wagler ont donné la remarquable histoire. C'est encore une cause en rapport avec le climat, la saison, l'alimentation, etc., qui produit l'état muqueux, et non pas un miasme particulier. Cependant il faut noter ici que très-souvent cette collection de symptômes se trouve réunie à l'entérite septicémique, ce qui constitue la maladie muqueuse décrite par Rœderer et Wagler, la fièvre adénoményngée de Pinel, et la forme muqueuse de la fièvre typhoïde de M. Chomel. Alors on conçoit qu'un poison particulier peut coopérer à produire le mal, car nous verrons que la septicémie et l'affection intestinale qui la suit, semblent parfois se développer sous l'influence d'une cause contagieuse particulière (Bretonneau, Gendron, Putégnat de Lunéville, etc.) ; mais dans les cas compliqués, on trouve presque toujours des influences de causalité complexe : d'une part, les circonstances de climat, de saison, d'individualité, etc., qui sont propres à l'état muqueux, et de l'autre, celles qui sont en rapport avec le développement de l'entérite septicémique.

7575. On ne sait pas encore d'une manière certaine à quelles causes rapporter la formation dans l'estomac, de mucosités acides plus ou moins abondantes. Sans doute, on les voit souvent se déclarer sous l'empire des mêmes circonstances que nous venons de voir donner lieu à l'état muqueux simple. Mais parfois des hommes robustes, très-bien nourris, qui mènent une vie assez active, éprouvent des accidents en rapport avec les acidités gastriques ; des hommes à ventre volumineux, de grands mangeurs, en sont quelquefois tourmentés de la même façon que des femmes maigres et qui prennent peu d'aliments. Une nourriture végétale et une vie sédentaire paraissent favoriser la formation de ces acides ; mais il semble qu'il y ait quelques dispositions mal déterminées de l'organisme qui donnent principalement lieu aux accidents dont il est ici question.

7576. Nous nous sommes occupé avec assez de soin des causes qui peuvent déterminer la dilatation des gros intestins par des fèces, pour ne pas revenir ici sur les circonstances analogues qui peuvent donner lieu à la stase des matières excrémentitielles ; notons seulement que l'habitude contractée de les retenir, que les causes d'affaiblissement général, que les excès dans l'alimentation, que des indigestions multipliées, que l'endurcissement des fèces dans le rectum, qu'un grand nombre de lésions de l'anus gênant plus ou moins l'ex-

crétion, etc., sont tout autant de circonstances qui peuvent amener à leur suite la série de phénomènes désignée sous le nom d'embarras intestinal.

7577. Nous avons assez parlé précédemment (n° 7373) des causes qui donnent lieu aux enduits de la langue, pour pouvoir nous dispenser d'y revenir ici.

1° Pathologie de l'état saburral (bromagastrie) et de l'état stercoral (scorentérie).

7578. Ce qui a été établi précédemment suffit pour rendre raison des circonstances dans lesquelles se déclarent l'embarras gastrique et la scorentérie. Établissons seulement un fait important suivant nous, et dont on ne peut tenir assez de compte dans la pathogénie des angibrômopathies ; c'est que la présence du chyme altéré dans l'estomac, et des fèces (surtout liquides) dans les intestins, peut avoir de graves inconvénients pour la membrane muqueuse, en contact avec eux. C'est sans doute ce que pensaient les anciens ; c'est ce que les solidistes avaient méconnu, c'est ce que Broussais avait complétement oublié ; c'est ce que MM. Bretonneau et Delarroque ont très-bien fait voir ; et c'est enfin ce que le simple bon sens et les faits démontrent jusqu'à l'évidence. Les fèces, en contact avec les téguments du siége, les enflamment et les excorient ; ils y causent des éruptions et des nécrosies ; infiltrés dans le tissu cellulaire, ils y portent au loin la mortification, et l'on pourrait croire qu'ils sont sans inconvénients pour l'intestin. Quand on admettrait qu'il en serait ainsi pour les cas où l'épithelium serait conservé, à coup sûr cela ne serait plus vrai pour les affections dans lesquelles l'intestin enflammé et ulcéré se trouverait alors dans les mêmes conditions que tous les tissus dénudés en contact avec des matières excrémentitielles. Aussi voyez combien de fois sur le cadavre, les parties les plus enflammées de l'intestin sont précisément celles où se trouvent les fèces ; voyez la préférence fatale que la phlegmasie présente pour la fin de l'iléon déclive par rapport aux autres parties de l'intestin grêle, et qui, à cause de la valvule iléocœcale et de la direction ascendante du colon, se débarrasse difficilement des fèces ! Aussi verrons-nous que même dans les entérites modérées, il est souvent utile de vider, par des purgatifs doux, les intestins des matières qu'ils contiennent.

2° Pathologie de la chologastrie, de la cholentérie (état bilieux de l'estomac et de l'intestin).

7579. La doctrine des maladies bilieuses a trop longtemps régné sur les écoles pour qu'il n'y ait pas quelque chose de vrai dans les opinions qu'elle a fait naître. Il serait difficile d'admettre, avec beaucoup

de médecins, que ce fût toujours l'état pathologique de l'estomac et du duodénum qui décidât l'abord plus abondant de la bile dans les intestins, car il existe un si grand nombre d'affections du foie, constatées par la nécrographie, qu'en vérité il doit s'en trouver parmi elles un certain nombre qui aient pour effet de faire couler plus de bile qu'à l'ordinaire dans le tube digestif. Il est bien vrai que la salive arrive en général plus abondamment dans la bouche, lorsque la membrane muqueuse de cette cavité est excitée; il est bien vrai que les larmes affluent vers la conjonctive alors que celle-ci vient à être stimulée; mais on ne peut nier que dans d'autres cas, les fluides sont sécrétés en abondance, bien que les membranes buccales et oculaires ne présentent aucun changement appréciable dans leur structure et dans les actions qui leur sont départies. On ne voit pas pourquoi il n'en serait pas ainsi pour la bile, par rapport à la membrane angibrômique. Quand même il serait vrai que l'abord de ce fluide dans le duodénum et l'estomac aurait été primitivement lié à quelque souffrance de l'estomac et du duodénum, il n'en est pas moins vrai que la bile, en séjournant ensuite dans ces parties, peut être une cause réelle de maladie, et donner lieu à des phénomènes gastriques et intestinaux. Ainsi, nous sommes loin de nier que la présence des fluides biliaires dans les organes dont il s'agit puisse donner lieu à des accidents particuliers; seulement nous voulons qu'avant d'admettre ceux-ci en fait, on constate l'existence de la bile dans ces mêmes organes, et que l'on ne fasse point des théories à perte de vue sur le rôle que l'on fait jouer à la bile dans la production de maladies qui, telles que la pneumonite, la pleurite, la méningite, ne peuvent guère être en rapport de causalité avec le fluide biliaire. Dans la cholihémie (ictère), alors surtout qu'elle est produite par des obstacles mécaniques existant dans le conduit cholédoque, il est évident qu'une grande quantité de bile (ou au moins de son principe colorant) est contenue dans le sang, et cependant alors on ne voit se déclarer que dans des cas très-rares les affections dites bilieuses des auteurs. Nous renvoyons pour les autres accidents que la résorption du fluide biliaire peut produire à l'histoire de la cholihémie.

3° *Pathogénie de l'état muqueux* (*blengastrie et blenentérie*).

7580. On n'a pas encore nettement constaté quelle est la source des fluides d'apparence muqueuse qui, chez certains individus, s'accumulent dans l'estomac, et y causent la série d'accidents dont il a été parlé dans le courant de cet article. Je suis loin de nier qu'ils

soient en très-grande partie formés par des mucosités sécrétées par la membrane gastrique ; mais il est plus que probable qu'une proportion considérable de ces mêmes fluides n'est autre chose que de la salive, qui sans cesse est avalée. C'est une chose très-remarquable en pathologie, et dont on n'a pas tenu assez compte, que la grande quantité de ce dernier fluide formée dans un temps donné, et par suite déposée dans le tube digestif. Il est vrai que la salive, au moment de sa formation, est alcaline, ainsi que le constatent les réactifs et notamment le papier de tournesol, et que les sucs contenus dans l'estomac sont acides ; mais nous verrons bientôt qu'il peut y avoir des causes chimiques à ce phénomène.

7581. D'ailleurs, dans les maladies dites muqueuses par les auteurs, les mucosités gastriques et intestinales sont loin d'être toujours acides.

7582. Dans l'ignorance où l'on est, si une grande partie des fluides d'apparence muqueuse que contient parfois l'estomac est ou n'est pas constituée par de la salive, il est impossible de dire quelque chose de positif sur les causes de leur dépôt ou de leur accumulation. Est-ce là une sécrétion augmentée? Bien des raisons portent à le croire, au moins pour quelques cas ; est-ce un état inflammatoire, ou bien, comme on le dit, *subinflammatoire* qui produit cette hypercrinie (mot de M. Andral)? Mais l'inflammation n'est elle-même qu'un résultat, qu'un effet tout aussi bien que l'augmentation de sécrétion. Ce n'est pas un être spécial, c'est la conséquence d'un trouble organique, d'une gêne quelconque de circulation, et c'est la cause première que la théorie devrait ici signaler.

7583. La blengastrie (état muqueux), plus ou moins chronique, et dans laquelle des acidités se forment, ne ressemblent en rien à un état phlegmasique, et il est certaines blenentéries dans lesquelles il est impossible de trouver des phénomènes de phlogose. Supposer là un état particulier dit catarrhal, de la membrane muqueuse angibrômique, c'est faire une hypothèse sans but pratique, c'est établir un être de raison : *catarrhe*, qui n'explique rien. D'ailleurs ces états de l'estomac et de l'intestin le plus souvent ne coïncident en rien avec l'existence d'autres maladies dites principalement catarrhales par les auteurs. En effet, les mucosités gastriques, acides ou non. ne se rencontrent pas de préférence chez des gens qui, plus que d'autres, sont atteints de rhinite ou de rhinorrhée; de bronchites ou de bronchorrhées, de conjonctivites, etc. Ainsi, la supposition

d'une cause catarrhale ne serait en rien applicable à la blengastrie. Ce sera tout au plus dans certaines entérorrhées qu'on pourrait défendre cette opinion; mais encore ici le mot catarrhe n'aurait pas plus qu'ailleurs une signification assez claire pour qu'il pût donner une explication nette de la nature des écoulements muqueux, observés dans l'intestin. (Voyez plus loin l'histoire de l'entérorrhée.)

7584. Bien plus, c'est que nous ne savons pas toujours s'il y a, dans des cas pareils, plutôt augmentation de sécrétion que défaut d'absorption, car il peut arriver sur des sujets affaiblis, que la salive et les mucosités déposées dans l'estomac ne soient pas résorbées, par suite de la débilité du cœur et des vaisseaux.

7585. M. Pruz affirme que des sujets atteints de cancers gastriques avaient longtemps éprouvé une augmentation dans la sécrétion muqueuse de l'estomac; certes, personne plus que moi n'estime M. Pruz comme homme et comme savant, mais tout en adoptant les faits contenus dans son mémoire, je ne puis, d'après les considérations précédentes, admettre sa manière de voir. Je crois que si les personnes qui sont sujettes à la présence de mucosités et de salive abondantes dans l'estomac, sont plus que d'autres atteintes de gastrocarcinie, on peut s'en rendre raison autrement. Les altérations organiques qui résultent du contact habituel de ces liquides sur ce viscère peuvent être plutôt les causes de ce cancer que ne peut l'être une altération supposée dans la sécrétion des follicules de la membrane muqueuse.

7586. Nous ne savons donc que fort peu de choses positives sur les circonstances qui font que l'estomac de certaines personnes contient habituellement beaucoup de mucosités ou de salive, et nous ne pouvons que renvoyer ici à ce qui a été dit précédemment sur les causes éloignées et sur les prédispositions à cet accident (n° 7574); seulement nous ferons remarquer que de mauvaises digestions, que des nausées et que toutes les circonstances organiques qui peuvent produire celles-ci, excitent la sécrétion de la salive, qui avalée peut ensuite s'accumuler en grande proportion dans l'estomac; ainsi les gastropathies les plus variées pourraient être les causes de la présence abondante de liquides visqueux et transparents dans la cavité gastrique.

Pourquoi les mucosités ou la salive deviennent-ils acides dans l'estomac?

7587. Quelles sont les réactions chimiques qui font que les liquides sont parfois acides dans l'estomac? y a-t-il une aug-

mentation dans la proportion d'acide chlorhydrique que contient ordinairement ce viscère? C'est ce que l'analyse de ces sucs aurait pu et aurait dû apprendre. Serait-ce l'oxygène de l'air avalé qui rendrait la salive contenue dans le viscère plus ou moins acide? Est-ce en vertu d'une action particulière ou d'une prédisposition spéciale que cette acidité se prononcerait? Ce sont là autant de questions graves et dont il serait important de donner la solution. Dans tous les cas on conçoit très-bien que les mucosités ou la salive acide contenues dans l'estomac irritent cet organe et donnent lieu à des douleurs parfois si vives qu'elles ont été comparées à l'action d'un fer chaud (pyrosis). Nous verrons bientôt le rôle qu'elles peuvent jouer dans la production du ramollissement de l'estomac.

7588. Certaines personnes sont aussi plus ou moins sujettes à une augmentation dans la sécrétion muqueuse de l'intestin, et cela sans que l'on puisse en préciser la cause anatomique. Sous l'influence de la plus faible circonstance, du moindre écart de régime, de l'ingestion de certains aliments, de l'action des purgatifs les moins énergiques, et même d'une température humide et basse, on voit chez de telles gens se manifester des blenentérorrhées assez considérables; souvent encore les selles de ces individus sont habituellement molles; il serait, du reste, assez difficile de préciser la cause anatomique et physiologique d'un tel état, qui se remarque souvent chez des sujets affaiblis, mais qui se retrouve aussi parfois chez des hommes robustes. (Voyez l'histoire des entérorrhées.)

7589. Les fèces qui s'accumulent dans l'intestin n'irritent pas celui-ci dans tous les cas; c'est surtout alors qu'ils sont liquides, que leur contact avec la membrane muqueuse blesse celle-ci et excite la contraction des fibres charnues angibrômiques; la moindre quantité de matières stercorales à l'état aqueux détermine de vives coliques, tandis que des masses assez considérables de fèces endurcies restent dans l'intestin, sans causer d'entéralgie ni de mouvements douloureux du tube alimentaire. Ce fait n'est pas sans importance, et rappelle très-bien cette loi générale : que les substances solubles ou plutôt dissoutes dans les liquides agissent avec beaucoup plus d'intensité sur l'organisme que ne le font les corps solides. D'ailleurs les fèces liquides pénétrant entre les villosités, touchent l'intestin sur une surface plus grande que ne le peuvent faire les solides et doivent en conséquence déterminer une excitation plus forte.

7590. Quant à la théorie de la formation des enduits de la lan-

gue, elle a été déjà exposée lors des généralités sur les gastropathies (n° 7373).

Thérapeutique.

7591. Avant de songer au traitement des états organopathologiques qui ont fait le sujet de cet article, il faut en bien constater l'existence. On ne s'en rapportera donc pas exclusivement aux idées généralement reçues sur les états bilieux, saburral, muqueux et stercoral; mais on s'assurera par des signes physiques, par l'inspection des matières vomies et évacuées, de la présence des substances dont il vient d'être parlé dans le tube digestif, et de la nature de ces mêmes substances.

7592. La présence d'aliments ou de chyme altérés dans l'estomac exige en général l'emploi des moyens suivants : 1° On a recours à des boissons chaudes et légèrement stimulantes, telles que l'infusion de thé, de plantes aromatiques, etc., à l'effet de solliciter légèrement la contraction des fibres musculaires gastriques, et de favoriser la progression des matières dont il s'agit à travers le pylore; on ajoute même à cette médication, et dans des intentions du même genre, des frictions faites sur le creux de l'estomac avec la main nue ou avec une flanelle échauffée. 2° On provoque avec avantage des vomissements pour faire rejeter au dehors et par l'œsophage les substances que l'estomac contient. Pour y parvenir on se sert de la titillation de la luette avec le doigt ou de l'introduction d'un corps dans le pharynx pour solliciter des nausées; on fait encore prendre de l'eau tiède à doses répétées, qu'on peut rendre plus active en y ajoutant par verrée, soit cinq centigrammes de tartrate antimonié de potasse; soit soixante centigrammes ou un gramme de racine d'ipécacuanha en poudre. 3° On a encore parfois recours à des purgatifs plutôt salins (tels que les sulfates de magnésie, de soude, etc.) qu'à des minoratifs huileux (tels que l'huile de ricin), pour chercher à évacuer par l'intestin les matières que l'estomac contient. 4° En même temps et dans le plus grand nombre de ces cas, l'abstinence est utile; parfois il arrive cependant que des aliments stimulants et des boissons alcooliques, prises en quantité modérée, remédient assez bien à la stase dans l'estomac de certains aliments mal digérés.

Traitement de l'état stercoral ou scorentérie.

7593. Lorsqu'on aura songé à remédier aux sténosies, à l'inertie de l'intestin et aux autres causes qui peuvent entraver la défécation, le traitement de la scorentérie consistera surtout dans l'administration de purgatifs dont l'espèce et le mode d'administration varieront en raison

du siége qu'occuperont les fèces, et de l'état aigu ou chronique du mal. Si les signes physiques et surtout la plessimétrie (nos 7425, 7505), si les symptômes fonctionnels apprennent que l'intestin grêle est le point où les matières séjournent et que le fait ne soit pas ancien, mais récent; s'il s'agit ici d'un état aigu, on devra avoir recours à des purgatifs salins, tels que l'eau de Sedlitz, l'eau de Pullna non gazeuse, etc. Lorsque cette stase des matières datera de longtemps et sera plus ou moins habituelle ou chronique, alors les drastiques pris à des doses répétées seront convenables; quand les fèces séjourneront dans les gros intestins, c'est par le rectum qu'il faudra ingérer les médicaments évacuants : un lavement avec l'infusion de dix à quinze grammes de follicules de séné dans 150 grammes d'eau à laquelle on ajoute de 30 à 45 grammes de sirop de nerprun, produit une action constante, et bien plus certaine que ne le fait le miel mercurial et d'autres médicaments du même genre. — Bien entendu que la présence des matières contenues en abondance dans le tube digestif exclut très-ordinairement l'usage des aliments. Toutefois il est parmi ceux-ci des substances qui, telles que les viandes de veau, les huîtres, le lait pour certains estomacs, provoquent des selles, et l'on peut les prescrire lorsque les fèces ne sont pas accumulées en notable proportion; dans les cas encore où une scorentérie est habituelle et se prolonge, il n'est pas toujours indiqué d'avoir recours à une abstinence complète; seulement alors il faut choisir pour nourriture les substances qui, sous un petit volume, contiennent beaucoup de matières nutritives, et éviter celles qui donnent lieu à une grande proportion de fèces. Quelques médecins dans les cas de scorentérie donnent en abondance des boissons aqueuses; je n'ai jamais vu qu'elles favorisassent les selles; presque toujours ces boissons étaient absorbées et augmentaient seulement la quantité d'urine sécrétée.

Traitement de l'état bilieux.

7594. La présence de la bile dans l'estomac n'est pas un phénomène physiologique; car ce n'est point dans cet organe que le fluide sécrété par le foie est appelé à exécuter ses fonctions; il est à peu près certain que le contact de la bile sur la membrane muqueuse gastrique irrite celle-ci, cause de la douleur et des accidents plus ou moins graves. Lors donc qu'on a bien constaté que la bile se trouve dans l'estomac il faut l'évacuer ou tout au moins l'étendre de substances qui en diminuent l'activité et les propriétés irritantes. C'est donc ici surtout que se présente l'indication de faire vomir les malades, soit

par l'eau tiède, soit par le tartre stibié, soit par l'ipécacuanha. On peut encore tenter l'emploi des purgatifs salins, combinés surtout avec les émétiques dont il vient d'être parlé. C'est ainsi que le mélange de tartrate antimonié de potasse et de sulfate de soude a été longtemps employé sous le nom d'éméto-catarthique et que l'on affirmait s'en être pratiquement très-bien trouvé. Les purgatifs salins conviendraient exclusivement si les symptômes fonctionnels et surtout si les signes physiques (la plessimétrie) portaient à croire ou prouvaient que l'estomac est vide, et que les premiers intestins sont remplis de fluides biliaires.

7595. L'usage des boissons aqueuses a ici un très-grand avantage pour étendre la bile et pour faire qu'elle soit moins excitante. La pratique a prouvé que dans de tels cas les acides très-étendus d'eau sont utiles, et c'est ce que la théorie aurait conduit à admettre, puisque la bile est alcaline et que les acides doivent la neutraliser. Dans de tels cas l'abstinence n'est pas rigoureusement indiquée. Il semblerait en effet que des aliments portés dans l'estomac devraient s'emparer de la bile qui y serait contenue et l'entraîner dans l'intestin. Je me souviens même avoir vu un officier de marine qui, d'après une pratique qui lui avait été conseillée par des médecins, mangeait, toutes les fois qu'il éprouvait des éructations bilieuses, une assez grande quantité de mie de pain sans boire, et affirmait se débarrasser ainsi des accidents qu'il attribuait à la présence du fluide biliaire dans l'estomac. Certes, je serais fort éloigné de prescrire un tel traitement; mais cela prouve au moins que dans certains cas, une alimentation légère peut ne pas être nuisible lorsque de la bile se trouve dans l'estomac, et lorsque d'ailleurs le malade a de l'appétit; le régime dans de tels cas consisterait plutôt dans des substances végétales que dans des matières animales, pour lesquelles les malades qui présentent les symptômes dits bilieux éprouvent en général une grande répugnance.

7596. C'est moins la quantité de fluide biliaire qui se trouve dans l'angibrôme que celle qui, sécrétée par le foie, parvient d'une manière incessante dans le tube digestif, à laquelle il faut porter son attention. En effet s'il s'agissait seulement de faire rejeter au dehors le fluide biliaire que contient le conduit alimentaire, il suffirait de donner un éméto-catarthique pour y parvenir. Mais il n'en est pas ainsi, et l'on voit fréquemment, pendant les jours qui suivent l'emploi de ces médicaments, les accidents dit bilieux reparaître au même degré

que par le passé; c'est qu'alors il n'existe pas seulement une choligastrie ou une cholentérie, mais il s'y joint encore : soit une autre affection de l'estomac et du duodénum (telle, par exemple, qu'une phlegmasie dont nous aurons bientôt à traiter); soit une hépathie, une maladie des voies biliaires, et suivant quelques personnes, une altération primitive du sang. Le traitement dans de tels cas devra être en rapport avec ces états organopathologiques. (Voyez les articles hépathies, cholihémie, etc.)

Traitement de l'état muqueux.

7597. Le traitement de la blengastrie consisterait d'abord à évacuer les liquides mucosiformes que l'estomac contient, et c'est ce qu'on obtient facilement à l'aide d'émétiques, ou d'émétocatarthiques. D'ordinaire, on choisit l'ipécacuanha; or, comme cette pratique générale n'a point ici d'inconvénients, je ne vois pas pourquoi on ne s'y conformerait pas. On peut associer aussi à l'ipécacuanha quelques sels purgatifs; mais ici l'évacuation des liquides dont il s'agit ne remédie que très-imparfaitement au mal, et en général les jours suivants, les accidents reparaissent de la même façon que précédemment. C'est à s'opposer aux causes organiques de ce mal qu'on doit d'abord s'attacher. Il faut s'informer avec soin si de la salive ne serait pas formée et avalée sans cesse en grande quantité. C'est ce que j'ai observé chez quelques personnes, et j'ai réussi à rétablir de mauvaises digestions dues à cette cause, soit en faisant cracher une certaine quantité de ce fluide devenu trop abondant, soit en diminuant de beaucoup la quantité des boissons. La privation de ces mêmes boissons est non moins utile pour empêcher la formation trop considérable de mucosités gastrentériques, et je me suis très-bien-trouvé de la conseiller dans des circonstances semblables. A l'état chronique, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a point d'indice de gastrite coexistante, les astringents et les amers, tels que le quinquina, l'écorce de chêne, ou même le tannin, peuvent avoir ici de l'utilité. Je prescris souvent dans des cas pareils le vin de Séguin, et j'ai vu la santé s'améliorer à la suite de son emploi. Fréquemment encore, les sujets dont il s'agit sont plus ou moins anémiques ou hydrémiques, et c'est alors le cas d'avoir recours à des préparations ferrugineuses, telles que les pilules de Blaud, de Vallette, les pains ferrugineux de M. Desrouet-Boissière, qui m'ont réussi dans bien des cas. C'est surtout chez les jeunes femmes ou les jeunes filles atteintes de blengastrie que les préparations martiales ont de l'avantage. En même temps

un régime tonique et composé de substances animales est tout à fait indiqué; les viandes grillées et rôties, du poisson très-frais, des vins vieux d'excellente qualité, pris quelquefois pur et dans des proportions modérées, remédient fréquemment à la disposition du tube digestif, en vertu de laquelle des mucosités abondantes s'accumulent dans l'estomac. Ici l'abstinence aurait souvent de graves inconvénients, car, ainsi que nous le verrons à l'occasion des gastromalaxies, l'action des sucs contenus dans ce viscère est dangereuse, et ce serait une grande faute de traiter comme atteints de gastrite ou de gastrentérite des gens dont les souffrances seraient dues à la présence dans le tube digestif de mucosités ou de salive altérées.

Moyens neutralisants.

7598. Mais c'est surtout quand ces liquides contenus dans l'estomac deviennent acides, qu'il est urgent de les évacuer ou de les neutraliser, ou encore de prévenir la formation ultérieure de ces substances irritantes.

7599. Les moyens d'évacuation ne diffèrent point ici de ceux qui conviennent lorsqu'il s'agit de mucosités non acides (n° 7597); seulement on peut se servir alors avec avantage de la magnésie, qui fréquemment produit un effet purgatif; celui-ci est dû à l'action, soit de ce médicament lui-même, soit à la combinaison chimique qui résulte de son mélange avec les acides, que, dans de tels cas, l'estomac contient. C'est surtout comme moyen de saturation de ces acides que la substance dont il vient d'être parlé est utile, et c'est là un des remèdes qui agissent le plus positivement d'une manière chimique. Il arrive même quelquefois qu'un moment après l'avoir fait prendre, la douleur vive que le malade éprouvait au creux de l'estomac disparaît d'une manière complète. Ce n'est point dans les traités de posologie qu'il faut apprendre ici les doses auxquelles la magnésie doit être donnée. Cette substance peut être administrée sans inconvénient à des proportions élevées. Il faut en faire prendre assez pour que les acides gastriques soient neutralisés, et pour cela il faut en donner plusieurs cuillerées à café de suite, et jusqu'à ce que les aigreurs ou les douleurs qu'elles causent aient cessé. Dans la pratique ordinaire, on administre ce médicament en trop petite quantité à la fois, et mes malades se sont parfois très-bien trouvés d'une augmentation assez considérable dans les doses (1). Bien plus, il faut

(1) M. Mialhe, qui s'occupe avec beaucoup de succès de faits chimiques appli-

donner de nouveau la magnésie dès que les douleurs, après s'être dissipées, viennent à reparaître, et y recourir cinq ou six fois le jour, si le mal récidive un aussi grand nombre de fois. Quand il y a des gaz contenus en quantité notable dans le tube digestif, en même temps que le malade éprouve *des aigreurs*, il est bon d'employer plutôt la magnésie décarbonatée que celle qui contient de l'acide carbonique ; le contraire aura lieu dans une circonstance opposée. Les autres sels alcalins, et notamment le bicarbonate de soude, agissent de la même façon, mais d'une manière moins avantageuse peut-être que le fait la magnésie. Pour faire prendre celle-ci, le moyen le plus convenable est de la délayer dans une suffisante quantité de sirop de gomme ou de fleurs d'oranger, d'étendre ensuite cette sorte de pâte d'une proportion convenable d'eau, ce qui donne à la préparation dont il s'agit l'apparence du sirop d'orgeat. Seulement il reste sur la langue un goût terreux désagréable (1).

7600. Pour prévenir la formation ultérieure des acidités gastriques, ce qui en théorie est le plus indiqué et ce qui réussit le mieux en pratique, c'est un régime tel qu'il favorise plutôt la formation de l'ammoniaque que celle de ces acides. Les substances animales sont donc ici généralement préférables aux aliments tirés du régne végétal. On devra interdire surtout l'usage du lait, du sucre et parfois du vin, à moins qu'on ne fasse prendre en même temps des bicarbonates alcalins, etc. Les eaux qui contiendront de ces sels, telles que celles de Vichy, de Spa, etc., pourront avoir une utilité réelle. L'usage du fer et des eaux qui en contiennent est encore ici indiqué, et l'usage des amers et du tannin peut aussi être utile.

qués à la thérapeutique, a trouvé que la magnésie réunie à une dose considérable de sirop, devient, par suite de l'acidification du sucre dans l'estomac et de la formation d'un sel magnésien, un purgatif aussi doux que commode à administrer.

(1) Tout récemment, un fait remarquable a confirmé pour moi l'utilité des préparations alcalines, et notamment de la magnésie dans les souffrances gastriques qui reconnaissent pour cause la présence d'acides dans l'estomac. Une jeune demoiselle que j'avais soignée précédemment d'une hydrémie, éprouve tout à coup des douleurs atroces au creux de l'estomac et tous les accidents d'une hypergastrite. J'ai recours sans succès à une médication adoucissante et antiphlogistique. A force de questions, j'apprends alors de sa sœur que mademoiselle *** avait pris, une heure avant l'invasion des accidents, deux cuillerées de vinaigre. Je fais administrer à l'instant plusieurs cuillerées de magnésie décarbonatée ; la douleur diminue à l'instant même, les symptômes se calment, et le lendemain la malade est guérie.

Traitement en rapport avec les enduits de la langue et des dents.

7601. Il est utile dans tous les cas où des enduits épais se forment dans la bouche, de les enlever. En santé, la propreté le recommande, et la conservation des dents l'exige. Bien des gens peut-être perdent leurs dents, ou sont un objet de dégoût, parce qu'ils n'ont pas ce soin d'eux-mêmes. En maladie, l'appétit ne revient pas, tant que la langue est couverte d'enduits ; ceux-ci gênent les mouvements de la langue (nos 7373, 7571), et dans les fièvres graves, la fétidité extrême de ces matières peut avoir sur les autres symptômes une fâcheuse influence.

7602. On enlève les enduits des dents au moyen de simples frictions pratiquées avec un linge un peu rude, et avec des instruments usités en pareil cas, et dont les formes sont très-variables. Il faut surtout nettoyer la portion de dent voisine de la gencive, parce que c'est au-dessous de celle-ci que le tartre s'accumule, enflamme et ulcère cette même gencive. L'usage de diverses poudres, et notamment de celle composée avec huit parties de crême de tartre, une d'alun calciné et une de laque carminée, aromatisée avec une quantité minime d'eau distillée de menthe, le tout porphyrisé, contribue aussi à tenir les dents dans un état de propreté désirable. Ces substances n'altèrent point l'émail comme on l'a dit, et je connais des personnes qui s'en sont servies vingt ans sans en éprouver le plus petit inconvénient.

7603. Quant à la langue, on la nettoie, quand les enduits sont humides, avec une lame métallique flexible, ou avec un linge très-rude. C'est en arrière, et le plus près possible de la base, que les matières dont il s'agit sont souvent accumulées en plus grande proportion, et par conséquent c'est jusque-là qu'il faut porter les moyens qu'on juge convenables d'employer pour nettoyer cet organe. La crême de tartre enlève aussi très-bien les enduits humides, lorsque l'on frictionne la langue avec cette substance. On observe des cas où les enduits sont si épais et si adhérents à l'épiderme qui surmonte les papilles, qu'il faut détruire en partie celui-ci pour les enlever. C'est ce que j'ai été obligé de faire pour un malade qui depuis un temps considérable portait une couche épaisse d'enduits linguaux que l'on attribuait à un état maladif de l'estomac. Ce dernier organe était cependant parfaitement sain; les émétiques, les purgatifs que ce malade avait pris maintes fois n'avaient eu aucune influence sur la disparition de cet accident. Les frictions avec la crême de tartre ne suffirent même pas pour enlever la couche épaisse qui recou-

vrait la langue, et je fus obligé d'avoir recours à la cautérisation ou plutôt à la destruction des enduits dont il s'agit et de l'épiderme des papilles, pour faire dissiper ce symptôme dont l'existence datait de nombreuses années et inquiétait étrangement la personne qui le présentait.

7604. Chez les malades qui depuis longtemps n'ont pris que des aliments liquides ou pâteux, les enduits de la langue ne se détachent pas. Il suffit quelquefois, pour les enlever, de faire mâcher aux malades un peu de pain d'une consistance ferme.

7605. Quand la langue est très-desséchée, parce que la bouche est restée longtemps ouverte, lors encore que la croûte qui résulte de l'induration des enduits est très-épaisse, il faut longtemps mouiller cette croûte avec de l'eau avant de chercher à la détacher. Ces soins sont particulièrement indispensables lorsque l'on a négligé de nettoyer à temps les enduits et que la langue a fini par se fendiller, s'ulcérer et par devenir saignante au-dessous de la couche qu'ils forment.

7606. Il faut encore dans les maladies aiguës faire enlever avec le même soin les enduits noirâtres qui s'accumulent sur les dents et autour des gencives. Si l'on ne prend pas cette précaution, des ulcérations, des gingivites, des hémorrhagies buccales se déclarent fréquemment. Il est bien souvent arrivé qu'on a pris de tels phénomènes pour les conséquences d'un état général putride, scorbutique ou autre, et qu'on a dirigé un traitement interne d'après une donnée aussi fausse. A l'état chronique j'ai vu souvent des malades chez lesquels une telle méprise avait été commise, et il m'est arrivé, en faisant nettoyer les dents avec soin, de guérir des ulcérations, des tuméfactions, des hémorrhagies gingivales qu'on avait très-inutilement traitées depuis longtemps par des médicaments extérieurs et intérieurs réputés antiscorbutiques. Si l'on s'était donné la peine d'examiner la bouche et les dents, on aurait vu qu'il eût mieux valu adresser les malades dont il s'agit à un dentiste adroit, que de lui faire visiter l'officine d'un pharmacien.

CHAPITRE VII.

ANGIBROMOSCLÉROSIES

(Indurations du tube digestif).

7607. Si l'on considère exclusivement comme induration du

tube digestif les cas dans lesquels les tissus qui entrent dans la composition de l'angibrôme sont indurés sans qu'il y ait en même temps d'autre changement organique survenu dans ces mêmes parties, on voit que ces indurations sont fort rares et fort peu connues. Si l'on veut au contraire ranger parmi les sclérosies les cas dans lesquels des productions squirreuses se développent dans les organes gastrentériques, alors on est conduit à penser que ces affections ne sont que trop communes. Nous parlerons plus tard de ces derniers cas. (Voyez l'histoire des angibrômocarcinies.)

Indurations de la langue, du pylore, de l'anus, etc.

7608. Les seules indurations simples que nous connaissions sont plutôt du domaine de la chirurgie que de la médecine. C'est ainsi que nous avons quelquefois observé des cas dans lesquels la langue était devenue très-dure, dans une étendue considérable, à tel point qu'on aurait pu considérer une telle lésion comme cancéreuse. C'est ce qui avait notamment lieu sur un malade; la moitié droite de cet organe, offrant au doigt jusque dans le pharynx une résistance d'apparence squirreuse, était en même temps très-épaissie. D'abord je songeai à l'extirpation de la partie malade; mais dans une consultation que nous eûmes avec MM. Cloquet et Pasquier fils, il fut convenu de faire avant tout un traitement antisyphilitique et d'enlever une dent très-saillante et dont le contact pouvait irriter la langue. M. Cloquet nous dit qn'il avait vu des cas pareils et que des mercuriaux avaient réussi. Ce qu'il y a de certain c'est qu'en quelques mois, sous l'influence de ces moyens, l'engorgement se dissipa et que le malade guérit.

7609. On a également constaté que certaines indurations avec rétrécissement du diamètre de l'intestin existent parfois à la hauteur du sphincter supérieur, admis par M. Nélaton, et que ces sclérosies de nature fibreuse ne sont pas cancéreuses et guérissent quelquefois sous l'influence d'un traitement mercuriel et de moyens dilatateurs. A la suite des hémorrhoïdes qui ont longtemps duré, il arrive même que les tissus qui circonscrivent l'anus deviennent plus ou moins durs sans que pour cela il s'agisse encore d'une affection cancéreuse. Une telle affection cède parfois : 1° à des applications de sangsues et de substances émollientes, à des corps gras introduits dans le rectum au-dessus de la partie malade (et cela, soit pour prévenir le contact habituel des fèces, soit pour favoriser le passage de ceux-ci) ; 2° à des lavements huileux ou composés avec la décoction de graines

de lin, et 3° enfin à un traitement mercuriel, ou à l'usage de l'iodure de potassium. Toutes les indurations de ces parties ne sont pas cancéreuses, et de la même façon qu'autour et à la base des tissus longtemps enflammés, on voit fréquemment se manifester des engorgements plus ou moins résistants, ainsi en arrive-t-il pour les environs de l'anus à la suite de fissures, de fistules ou de bourrelets hémorrhoïdaux; encore une fois l'étude de tels faits appartient plutôt à la pathologie chirurgicale qu'à la médecine proprement dite.

7610. Mais ce qu'il est bon au moins de faire remarquer c'est que si ces sclérosies de la langue, du sphincter supérieur du rectum, ou encore du pourtour de l'anus, peuvent ne pas être cancéreuses et sont susceptibles de se dissiper sous l'influence des moyens dont il vient d'être parlé, on ne voit pas pourquoi, dans certains cas, il ne pourrait pas en arriver ainsi pour des sclérosies du pylore ou de tout autre point du tube digestif. Il est certain au moins que sur quelques malades qui pendant plus ou moins de temps présentent les phénomènes de pylorosténosie, on voit quelquefois se dissiper peu à peu les funestes symptômes de cette affection.

7611. Il est encore vrai que sur quelques cadavres de sujets qui avaient succombé aux suites d'un rétrécissement pylorique, le pourtour de cette ouverture, bien que rétréci et induré, n'offrait pas d'une manière évidente les caractères du squirre. Ces réflexions nous paraissent devoir conduire, dans quelques cas où existent des symptômes de pylorosténosie, à tenter l'administration d'un traitement mercuriel, ou à prescrire l'iodure de potassium.

CHAPITRE VIII.

ANGIBRÔMALAXIE
(Ramollissement du tube digestif).

GASTROMALAXIE
(Ramollissement de l'estomac).

ENTÉROMALAXIE
(Ramollissement de l'intestin).

7612. Les mots ramollissements de l'estomac et de l'intestin désignent tout aussi bien que ceux de gastro et d'entéromalaxie, la lésion que nous voulons exprimer en nous en servant, et ces derniers ne sont préférables que parce qu'ils rentrent dans le plan général d'une nomenclature qui dans son ensemble est essentiellement utile; d'ailleurs ils ne son pas nouveaux et on les trouve indiqués dans divers auteurs.

7613. En 1819, je fus chargé de l'article Ostéomalaxie du Dictionnaire des sciences médicales : dès lors, l'exactitude et les avantages de cette expression sur celle de rachitisme me frappèrent et me firent regretter que toutes les parties de la science n'eussent pas une nomenclature aussi nette et aussi logique. C'est probablement cette première pensée qui, développée, mûrie par de longs travaux et de nombreuses lectures, a plus tard donné naissance à l'onomapathologie.

7614. La malaxie ou le ramollissement du tube digestif est d'autant plus difficile à étudier convenablement, qu'on en a établi de nombreuses variétés qui rendent son histoire fort difficile à tracer. C'est ce que les considérations suivantes vont suffisamment démontrer.

Notions historiques.

7615. Morgagni et Lieutaud ont rapporté à la gangrène de l'estomac, plusieurs cas qui se rallient assez bien au ramollissement gastrique; c'est à Hunter que l'on doit les premières recherches importantes sur ce sujet. Ces auteurs ayant observé chez l'homme : que la membrane muqueuse se ramollissait parfois vers son extrémité splénique; que sur presque tous les cadavres cette membrane avait sur ce point un aspect uni; que ses vaisseaux étaient moins consistants; que des individus jusqu'alors bien portants avaient parfois été atteints de perforation gastrique; ayant enfin trouvé sur des animaux des faits du même genre, Hunter, dis-je, en inféra que le suc gastrique digérait et ramollissait l'estomac après la mort. Spallanzani vérifia les expériences de Hunter sur les poissons, mais non pas sur d'autres animaux. Burns observa même des perforations gastriques de cette espèce près du pylore; et Jæger, ainsi que Chaussier, admit qu'un suc âcre et en quelque sorte corrosif pouvait ramollir et détruire le tissu de l'estomac et perforer ce viscère. Beaucoup d'autres auteurs, Camerer par exemple, s'occupèrent aussi de cet important sujet, et parmi eux il faut particulièrement citer le remarquable mémoire présenté en 1821 à l'Académie des sciences, par M. Cruveilhier, le travail intéressant de M. Carswell, qui confirma par des expériences les recherches de Hunter. Il faut noter encore les travaux de MM. Louis, Andral, Issllin de Heidelberg; enfin, les remarquables articles d'érudition de Naumann et des auteurs du Compendium de médecine pratique (t. III, p. 554). Dans notre mémoire sur l'abstinence et l'alimentation insuffisante publié en 1828 et en 1831, nous avions insisté déjà sur plusieurs des applications pratiques auxquelles doit conduire l'étude attentive de la gastromalaxie.

7616. Quant au ramollissement de l'intestin, il a été infiniment moins étudié, et ce que l'on en sait se borne à peu près à l'histoire des perforations observées à la suite : des affections des plaques de Peyer, des ulcérations phymiques et des entérocarcinies.

7617. M. Cruveilhier, qui s'est plus que d'autres occupé de l'entéromalaxie, a publié dans son admirable ouvrage d'anatomie pathologique des observations remarquables de ramollissement gastrique, avec des figures fort exactes de cette affection, et a parlé aussi d'un cas où existaient une malaxie et une perforation œsophagienne.

Nécrorganographie.

7618. Sur un très-grand nombre de cadavres on trouve que la membrane muqueuse gastrique a évidemment perdu de sa consistance et de son épaisseur. On peut dans l'état sain, suivant M. Louis, enlever avec une pince des lambeaux de cette membrane, incisée préalablement avec un scalpel, qui ont à la petite courbure trois à six centimètres de diamètre, un à deux centimètres à la grande courbure, et un centimètre à peu près à l'extrémité splénique. M. Andral admet aussi que les portions de la membrane muqueuse qu'on détache sont plus petites à l'extrémité gauche qu'à la droite. Dans l'état physiologique l'épaisseur de la tunique interne de l'estomac serait aussi, d'après M. Louis, d'à peu près un millimètre à la grande courbure, d'un tiers à trois quarts de millimètre le long de la petite, d'un quart à trois cinquièmes seulement dans le grand cul de sac. Si ces notions étaient fixes, positives, constamment les mêmes sur les adultes, elles pourraient conduire à des notions exactes; mais il n'en est rien, et les dimensions comme la consistance nomale pour un sujet d'une faible constitution, pour un enfant, pour une femme, seraient tout à fait pathologiques pour un homme adulte et robuste; d'ailleurs il est éminemment difficile de mesurer à un quart ou à un demi-millimètre près l'épaisseur d'une membrane molle qui est plus ou moins considérable, suivant qu'elle est plus humide ou plus sèche, et coupée plus ou moins perpendiculairement. Les mesures précédentes ne sont donc que des approximations dont il est bon cependant de tenir compte. Dans le ramollissement ordinaire et qu'on rencontre sur un très-grand nombre de cadavres, on ne peut enlever que des lambeaux très-courts. Parfois même il est même impossible d'en détacher, car la membrane semble être convertie en une véritable pulpe ou être entièrement détruite.

7619. La description que donnent les auteurs du ramollissement pultacé dont il vient d'être parlé est à peu près celle-ci. « La couleur de la membrane muqueuse est d'un blanc pâle ou d'une teinte bleuâtre disposée par plaques rapprochées ou par bandes étroites et sinueuses ; dans ces points la membrane offre une dépression sensible ; là aussi elle est pâle, amincie, réduite en bouillie et en une sorte de mucus glaireux demi-transparent. Si l'on n'y prend garde on peut croire que la tunique externe n'existe pas ; cette destruction est réelle en quelques points. » Quelquefois, la coloration est d'un blanc mat avec quelques taches rougeâtres ou noirâtres. « Le siége du ramollissement par plaques est le grand *cul de sac de l'estomac,* quelquefois le pylore et le cardia. L'amincissement de la membrane est porté à des degrés variables, non-seulement chez les différents sujets, mais aussi chez le même individu ; de sorte que l'on voit souvent réunies dans un même estomac les altérations les plus diverses de consistance. En un point, la membrane est encore assez résistante; plus loin ce n'est plus qu'une bouillie. » Les différentes teintes de coloration, depuis la pâleur jusqu'à un état rouge et fongueux, se retrouvent aussi parfois dans l'étendue de la partie affectée. Cette lésion peut s'étendre au tissu cellulaire sous-muqueux et à la membrane musculaire, de telle sorte que la tunique péritonéale reste seule.

7620. On a admis des variétés nombreuses du ramollissement de l'estomac; c'est ainsi que l'on a décrit comme distincts de la gastromalaxie précédente et sous le nom de ramollissement rouge, les cas dans lesquels il y avait non-seulement consistance moins grande de la membrane muqueuse, mais encore teinte plus ou moins vermeille de cette partie. C'est surtout chez des enfants qu'on a étudié cette variété, et on l'a fréquemment considérée comme étant de nature phlegmasique. Tantôt il y a dans de telles circonstances épaississement coexistant, et d'autres fois il n'y en a pas. Nous dirons plus loin que la rougeur de l'estomac n'est point un signe positif de gastrite, et d'un autre côté nous prouverons bientôt que les ramollissements sont très-loin d'être le plus souvent de nature inflammatoire. Tantôt ces malaxies sont générales et d'autres fois elles sont partielles, etc.

7621. M. Cruveilhier a décrit sous le nom de ramollissement gélatiniforme une affection fort remarquable de l'estomac des enfants, et voici l'analyse succincte de ce qu'il en dit. Ce mal, qui s'é-

tend de l'intérieur à l'extérieur, commence par un écartement des fibres gastriques que sépare un mucus gélatineux, puis ces fibres sont envahies, disparaissent, et l'estomac ou l'intestin demi-transparents, épaissis, offrent l'apparence de la gélatine. A la longue les parties désorganisées sont entraînées couche par couche, le tissu s'amincit, et enfin le péritoine s'use, se déchire, et une perforation s'opère dans les parties ainsi transformées, dépourvues de vaisseaux et qui exhalent *une odeur aigrelette semblable à celle du lait caillé, et résistent plus que d'autres à la putréfaction.* Les vaisseaux d'alentour ont une coloration noire. Chose remarquable et qui porterait à croire que la perforation n'a pas eu lieu pendant la vie, mais a été le résultat de la putréfaction cadavérique, c'est que l'on ne trouve point de phlegmasie péritonéale consécutivement à la solution de continuité.

7622. On range encore parmi les ramollissements de l'estomac et de l'intestin ceux qui sont les conséquences de la putréfaction; mais d'après les recherches de Billard ce n'est pas immèdiatement après la mort qu'a lieu la malaxie cadavérique; la rougeur produite par cette cause se manifeste vers le troisième jour, et c'est seulement vers le cinquième que le ramollissement commence.

7623. Les malaxies, suites du cancer et de la gangrène de l'estomac ou de l'intestin, seront étudiées lors de l'histoire des carcinies et des nécrosies de l'angibrôme.

7624. Les ramollissements qui viennent d'être décrits ne sont pas à coup sûr ceux que l'on trouve le plus ordinairement sur les cadavres d'adultes qui ont succombé à la suite de gastropathies chroniques, et notamment de celles qui ont été traitées par une abstinence prolongée. La description suivante, et qui se rapproche infiniment de celle que M. Carswell a donnée, me paraît applicable au plus grand nombre des cas qu'on observe, et l'on voit dans la 10e livraison de M. Cruveilhier, pl. 1re, une figure qui représente très-bien le cas dont il s'agit.

7625. Presque toujours, c'est à l'extrémité splénique de l'estomac que se rencontre le ramollissement dont il est ici question. Lorsqu'on ouvre avec soin le cadavre couché sur le dos et l'estomac dans la place que ce viscère occupait pendant la vie, on voit que c'est à la partie déclive *dans cette position* que le ramollissement a lieu. Une couche de liquide muqueux, d'apparence salivaire, parfois acide, coloré de bile, de sang, ou mêlé avec des substances ingérées, se rencontre sur les points où existe la gastromalaxie. *Très-souvent*

ne ligne horizontale et parfaitement de niveau limite l'espace où le amollissement commence et celui où la membrane muqueuse a conservé i consistance nomale. Tantôt on trouve au-dessus de cette ligne un eu plus de rougeur qu'au-dessous, et parfois le contraire a lieu. La artie de la membrane muqueuse la plus inférieurement placée est n général la plus altérée. A proportion qu'on l'étudie vers des oints plus élevés, la lésion dont il s'agit est moins sensible : tantôt n'y a qu'un simple défaut de consistance, un aspect beaucoup plus asse qu'à l'ordinaire de la blenméninge (membrane muqueuse); ailleurs on ne trouve plus à la vue ou au microscope les villosités que omalement présente la surface gastrique. Dans des cas où la lésion fait plus de progrès, la membrane muqueuse est détruite, et l'on oit à nu les fibres charnues de la tunique moyenne qui souvent ont elles-mêmes ramollies ou détruites dans une étendue plus ou noins vaste, et sont remplacées par une perte de substance qui laisse oir la membrane séreuse. D'autres fois même, celle-ci est dans une tendue plus ou moins grande, ramollie, perforée, ou du moins réduite une telle mincité, qu'au moindre mouvement imprimé aux organes bdominaux du cadavre elle se dilacère. L'estomac vu à l'extérieur présente alors une apprence grisâtre, noirâtre, bleuâtre, qui suffirait n quelque sorte pour faire reconnaître la lésion dont il s'agit. C'est ncore une fois vers les parties les plus déclives que la lésion est a plus avancée, et bien souvent aussi c'est là que la perforation 'opère. Toutefois on voit assez fréquemment que des bandes blanchâtres et plus ramollies existent à la surface interne de l'estomac; nais ces bandes correspondent aux parties qui font saillie dans a cavité gastrique et qui sont par conséquent le plus en contact avec les fluides qu'elle contient. Tout au contraire le fond des eplis existant entre les duplicatures de la membrane, replis constitués par des couches de celles-ci plus ou moins accollées, sont infiniment altérés.

7626. La coloration des parties de la blenméninge où les fibres nusculaires sont ramollies, est le plus ordinairement blanchâtre, grisâtre, parfois avec une légère teinte noirâtre, d'un aspect un peu lus terne que le reste de l'estomac; ailleurs on y voit une légère uance de rougeur. Sur cette surface se dessinent, presque comme 'ils étaient à nu, des vaisseaux ramifiés, dont les dimensions semblent tre de beaucoup plus considérables que dans l'état nomal. La coloraion de ceux-ci est en général beaucoup plus foncée et plus noire que

cela ne se voit d'ordinaire, et leurs bords mal limités semblent être entourés par une teinte pareille au lavis fait avec l'encre de Chine. On voit quelquefois de ces arborisations très-volumineuses et en assez grand nombre sur les points ramollis, tandis que partant ailleurs, les vaisseaux ont leur volume et leur apparence ordinaires. Ces arborisations sont formées par des veines, et les teintes noires dont il s'agit sont constituées par des infiltrations sanguines plus ou moins considérables qui évidemment se sont faites à travers les parois des veines elles-mêmes, atteintes d'un certain degré de malaxie. Du reste, si l'on cherche à enlever des fragments de la membrane interne ramollie, on ne peut y parvenir alors que le mal est porté loin, et dans le cas contraire, on observe les faits signalés par M. Louis, et dont il a été déjà parlé.

7627. La teinte noire du liquide contenu dans les veines de l'estomac, comme celle du sang qui à la suite des hémorrhagies est rendu par le vomissement ou les selles, paraît être due en partie, comme le pense M. Carswell, à l'action qu'exercent sur ces liquides les acides contenus dans le tube digestif. Cependant la stase de la circulation dans les derniers temps de la vie peut aussi coopérer à la produire.

7628. Telle est la lésion que j'ai rencontrée très-souvent sur les cadavres, et que je trouve actuellement d'une manière bien moins fréquente que cela n'avait lieu quand je soumettais mes malades à un régime plus sévère.

Malaxies œsophagiennes et entériques.

7629. Les ramollissements de l'œsophage sont infiniment plus rares que ceux de l'estomac. M. Cruveilhier en a fait figurer un cas qui se rapporte à la malaxie gélatiniforme; mais il y avait ici en même temps existence d'une semblable affection dans l'estomac (livre X, fig. 2). Dans cette remarquable observation, la paroi antérieure de l'œsophage (supérieure dans le coucher sur le dos) était saine, tandis que la paroi postérieure (déclive dans le décubitus) était le siége de deux perforations. Le feuillet correspondant de la plèvre qui contribue à former le médiastin était aussi perforé et présentait une large ouverture communiquant avec la plèvre.

7630. On a infiniment moins étudié les caractères de l'entéromalaxie que ceux du ramollissement de l'estomac. M. Cruveilhier a vu que la variété gélatiniforme existait fréquemment dans les intestins grêles des enfants. J'ai trouvé souvent ces organes (chez des adultes qui

vaient été soumis à une longue abstinence) minces, pâles, blan-
nâtres, très-peu vasculaires, et se déchirant avec une extrême faci-
é à la moindre traction; cela avait surtout lieu dans l'iléon et dans
s portions de celui-ci, qui, déclives par rapport aux autres, occu-
aient principalement les parties voisines de la valvule iléo-cœcale.
eci avait principalement lieu chez les individus qui avaient été at-
ints depuis un temps plus ou moins long, de blenentérorrhée, et
iez lesquels, soit pendant la vie, soit après la mort, on trouvait
ır la plessimétrie, que des liquides existaient en quantité plus ou
oins grande dans l'intestin dont il s'agit. La membrane muqueuse
ır les points qui correspondaient à ces liquides était plus molle
ıe sur les autres parties de l'étendue de l'angibrôme, et offrait tan-
t une pâleur remarquable et tantôt des rougeurs assez pronon-
ées. Les gros intestins m'ont rarement présenté des phénomènes
mblables, bien que dans plusieurs cas de phlegmasie véritable, la
embrane muqueuse de ces viscères ait été évidemment ramollie. On
 sait presque rien sur les malaxies du rectum qui doivent avoir lieu
ıns plus d'un cas d'entérorrhée chronique, et qui peuvent être pour
ıelque chose dans la formation de certains abcès stercoraux.

Biorganographie.

7631. Malheureusement il n'existe aucun signe physique qui
ıisse faire reconnaître pendant la vie les ramollissements de l'es-
mac et de l'intestin. Romberg est le seul qui ait noté, dans de tels
ıs, que les parois abdominales sont parfois flasques et molles;
ais une telle disposition pourrait exister chez tous les sujets affaiblis
 ne serait en rien caractéristique des malaxies gastriques ou enté-
ques. On a dit aussi que la région épigastrique est tendue.
inspection des malaxies évacuées par l'intestin donne des ré-
ltats plus positifs. On a noté en général que chez les adultes
teints de la gastromalaxie que nous avons décrite (n° 7618), exis-
it fréquemment des vomissements de matières bilieuses, jaunâtres,
ırdâtres, ou même (ce qu'il importe surtout de remarquer) de ces
ıbstances acides, mucosiformes, *brûlantes* lors de leur passage dans
 pharynx et dont il a été précédemment parlé (n° 7568). M. Cru-
ilhier a aussi noté chez les enfants des déjections très-vertes et
apparence herbacée; mais tous ces caractères des évacuations sont
in d'être constants et exclusifs aux ramollissements gastrentéri-
ues; seulement ils acquièrent de la valeur, alors qu'ils sont réunis
ıx autres phénomènes fonctionnels dont il sera bientôt parlé.

Symptomatologie.

7632. Aucun symptôme particulier n'est exclusif à la gastrentéromalaxie, et tous ceux que l'on observe dans une semblable lésion se retrouvent dans d'autres états organopathologiques; aussi les auteurs en ont-ils donné des descriptions diverses. Les phénomènes attribués au *ramollissement gélatiniforme* se réduisent aux suivants:

7633. Le début, d'après Billard, est marqué par des symptômes de gastrite, tels que: des douleurs, et de la tension à l'épigastre; des vomissements de substances grisâtres, contenant les aliments, le lait, les sucs dont il a été parlé; des nausées, de l'inappétence. Les selles sont tantôt bilieuses et verdâtres, tantôt muqueuses et colorées par du sang. L'entérorrhée, suivant Naumann et Isllin, manque rarement, tandis que Billard est d'un avis contraire. Les vomissements et une soif insatiable existent surtout, a-t-on dit, quand le ramollissement occupe l'estomac, et les selles semblables à des herbes hachées ont lieu dans les cas d'entéromalaxie.

7634. Tantôt les douleurs persistent ou deviennent à peu près nulles; les symptômes précédents continuent, le pouls est souvent fréquent et irrégulier, mais parfois ralenti. On observe des frissons, de la dyspnée, de la toux, et surtout un amaigrissement très-rapide qui a spécialement lieu à la face; le nez s'effile, les paupières, les pieds, deviennent œdémateux, et les muscles se ramollissent plus tard; enfin une agitation extrême se prononce; il se déclare des symptômes plus ou moins analogues à ceux de l'encéphalopathie des enfants, tels que des cris, du strabisme, des grincements de dents, des convulsions, etc.

7635. M. Cruveilhier a distingué deux périodes au ramollissement gélatiniforme; Ramisch l'a divisé en aigu et en chronique; Isllin, en idiopathique, qui peut avoir une marche très-aiguë et se terminer par la mort en vingt-quatre heures, et en symptômatique d'une affection cérébrale, d'un exanthème, d'une gastropathie, etc.

7636. Parmi les symptômes de la malaxie gastrentérique gélatiniforme, les plus constants et les plus positifs, ainsi que le font remarquer les auteurs du Compendium, sont: les vomissements, la diarrhée, la soif, le gonflement de la région épigastrique, l'altération profonde des traits du visage, l'amaigrissement, les convulsions et en dernier lieu le collapsus.

7637. Dans un grand nombre de cas, j'ai trouvé sur des enfants a mamelle la série de symptômes précédents, et ils ont été d'au-it plus prononcés que ces enfants étaient plus jeunes et avaient été vantage soumis (à cause d'une gastrite que l'on avait supposée ister) à une diète sévère et prolongée. Ces petits malades éprou-ient fréquemment des vomissements ; l'eau, les tisanes de toute rte étaient particulièrement vomies ; ils maigrissaient rapidement, aient plongés dans une somnolence continuelle ; ils avaient une trême pâleur, et souvent ils présentaient à peine de la diarrhée. s accidents, qui auraient pu en imposer pour une affection céré-ale, avaient le plus ordinairement une marche médiocrement aiguë, une quinzaine de jours amenait fréquemment une terminaison neste que souvent on évitait en changeant complétement de régime, nsi que nous le dirons plus tard.

7638. M. Louis a tracé du ramollissement pultacé des adultes un ta-eau symptomatique dont voici les principaux traits. D'abord douleurs igastriques, diminution de l'appétit, *aigreurs*, puis inappétence, soif, usées, vomissements, fièvre ; les symptômes précédents varient intensité ; les douleurs épigastriques sont presque constantes, mais ntôt obtuses et d'autres fois très-aiguës ou brûlantes. Les vomis-ments, souvent des plus opiniâtres, *sont provoqués même par le con-ct de l'eau sur l'estomac.* La langue est variable, l'intelligence con-rvée. Ces symptômes seraient, d'après M. Louis, aussi constants ur le ramollissement de l'estomac que ceux de la pneumonite sont opres à la souffrance du poumon. La marche de la gastromalaxie nt il s'agit est souvent chronique, bien qu'elle puisse être si aiguë e la mort a parfois eu lieu en vingt jours ; c'est surtout chez les ieumophymiques qu'un tel état se rencontre, et quand les symp-mes précédents viennent à se déclarer chez de tels malades pen-nt quelques semaines, on a toute raison de supposer qu'il se dé-re un ramollissement de la membrane muqueuse gastrique.

7639. Un assez grand nombre de malades observés dans mon rvice avaient éprouvé des privations. D'autres avaient été soumis ndant un temps plus ou moins long à un régime sévère, prescrit en le contre quelques accidents aigus, et l'on avait continué ce régime rès la disparition de ces mêmes accidents. D'autres malades en-re atteints de pneumophymie et qui, depuis plusieurs semaines, aient été soumis à l'usage de l'eau de gomme et à une diète sévère, it présenté les symptômes suivants : inappétence, dégoût et même

aversion pour les aliments, *vomissements très-prompts de l'eau et des tisanes aqueuses, gommeuses, sucrées, souvent devenues acides;* douleur obtuse ou vive à l'épigastre ; amaigrissement progressif, caractères prononcés d'anémie ; parfois lenteur et faiblesse du pouls, et après un temps plus ou moins long et une exténuation portée souvent fort loin, terminaison funeste. A la mort, on trouvait un ramollissement considérable et parfois une destruction de la membrane muqueuse, occupant la portion de l'estomac, qui est déclive lors du coucher sur le dos (nº 7625). C'est l'ensemble des symptômes précédents, rapprochés, soit des circonstances commémoratives dont il va être parlé, soit de l'absence des signes des gastrocarcinies, soit des résultats du traitement, qui me paraissent être les raisons les plus péremptoires pour faire admettre pendant la vie l'existence d'un ramollissement de la membrane muqueuse gastrique.

7640. Bien entendu qu'à côté des symptômes propres aux gastrentéromalaxies, se dessinent fréquemment un grand nombre d'autres accidents qui tiennent aux affections coïncidentes, aux effets plus ou moins éloignés de ces ramollissements, ou aux phénomènes en rapport avec d'autres causes qui viennent à agir pendant la durée du mal.

Étiologie.

7641. On s'est surtout occupé des causes du ramollissement gélatiniforme que l'on observe presque exclusivement chez les enfants à la mamelle. On a noté parmi les circonstances qui y prédisposent une faiblesse native de l'organisation, et cette circonstance que le malade était né d'une mère lymphatique et débile ; la dentition, un très-grand nombre d'affections parmi lesquelles on a cité le *rhumatisme*, la coqueluche, etc. —Naumann a cité avec plus de raison l'allaitement artificiel, ou celui qui serait donné par une nourrice qui éprouverait des privations ; les écarts de régime, le sevrage prématuré. On a dit : que le ramollissement gélatiniforme de l'estomac se déclarait plus souvent en été et en automne qu'en hiver (Cruveilhier) qu'il attaquait plus souvent les garçons que les filles. Sur cinquante cas rapportés par Romberg, six avaient eu lieu de un à trois mois, dix-sept de quatre à six mois, sept de sept à onze mois, quatorze de un à deux ans, six de deux à cinq ans. Les auteurs du *Compendium* se sont demandé si ces derniers cas se rapportaient bien au ramollissement gélatiniforme et s'ils n'étaient pas des ramollissements d'une autre nature.

7642. La gastromalaxie des adultes, que nous avons décrite os 7619, 7638), se déclare, comme nous l'avons vu, principalement iez les individus des deux sexes qui ont souffert des privations, qui sont nourris de substances aqueuses, peu restaurantes, qui se sont orgés de boissons sucrées, acides, etc.; ou encore, qui ont été atteints maladies chroniques, telles que la pneumophymie (Louis), contre squelles, à tort ou à raison, on a eu recours à une abstinence sé-re, ou au moins à une alimentation insuffisante. Ce sont en géné-l des hommes ou des femmes qui étaient restés longtemps couchés r le dos, qui ont présenté à notre observation les ramollissements de xtrémité splénique de l'estomac. Les auteurs ne disent pas quelle ait été pendant la vie la position du petit nombre de malades sur s cadavres desquels on a trouvé des maladies existantes vers la pe-e courbure ou vers l'extrémité pylorique. J'ai cru remarquer, sans pendant que mes observations à cet égard aient été assez multi-iées pour que le fait soit incontestable, que ce sont les gens les plus sposés aux acidités gastriques (n° 7588) qui sont le plus ordinaire-ent atteints des symptômes des gastromalaxies.

7643. Le lait de mauvaise qualité, trop aqueux ou provenant d'une ourrice faible; celui encore qui, trait de divers animaux, serait trop ais ou mal digéré, peuvent causer, soit le ramollissement gélatini-rme de l'estomac, soit cette entérorrhée de mauvaise nature qui t souvent le symptôme de l'entéromalaxie. Par suite de déplora-es préjugés, on voit souvent, dans le peuple, donner aux enfants trois à quinze mois, des aliments qu'ils ne peuvent digérer; leur be *digestif* est alors organisé pour supporter le lait et non pas les ules, les bouillons, les viandes, etc.; de là des vomissements d'a-ients, de mucus, de bile; de là des selles liquides, et souvent les mptômes d'une gastrentéromalaxie. Certes, c'est là une des causes plus fréquentes de mortalité dans le jeune âge. La population se ssentirait énormément d'une réforme, qui ferait nourrir exclusive-ent avec du lait, les enfants âgés de moins d'un an. Ni l'arrow-root, le sagou, ni les biscotes, ni les jus de viande, ne peuvent rem-icer le lait, cet aliment admirablement préparé par la nature. Les vices que J. J. Rousseau a rendus à la société, en rappelant aux res qu'elles doivent être les nourrices de leurs enfants, doivent mériter la reconnaissance de la postérité. Les bouillies ne sont int les seuls aliments dangereux pour la première enfance, et toute tre chose que du lait, toute addition de liquides aqueux à cette

nourriture si parfaite, peut être une cause de souffrances gastrentériques, de mauvaises digestions et de malaxie angibrômique. Je parlerai bientôt des faits pratiques sur lesquels je me fonde pour établir ces propositions.

Pathogénie.

7644. Ces considérations générales nous conduisent à rechercher quelle est la nature ou mieux la pathogénie de la gastrentéromalaxie.

7645. D'abord nous avouons que malgré l'estime profondément sentie que nous inspire M. Cruveilhier, et malgré la tendance très-grande que nous avons à partager les opinions de ce médecin, nous ne trouvons presque point de différence entre les ramollissements gélatiniformes, d'une part, et pultacés, de l'autre. Seulement la maladie ne se manifestant pas aux mêmes âges, se développant sur des sujets de constitutions très-dissemblables, et qui, ayant des organes dont la consistance n'est pas la même, ne sont pas soumis à l'influence des mêmes aliments ou des mêmes modifications, doit présenter aussi des différences remarquables sous le rapport de la symptomatologie et des altérations pathologiques.

7646. Plusieurs explications ont été données de la formation des ramollissements gastrentériques.

7647. Dans l'une, qui était celle dont Chaussier s'est servi pour se rendre compte des perforations spontanées de l'estomac qu'il a observées, il y aurait une action sécrétoire spéciale suivie du dépôt dans l'estomac d'un liquide âcre, délétère, dissolvant, d'un suc gastrique, altéré si l'on veut, qui, venant à agir sur le tube alimentaire, le corrode, le détruit et est ainsi la cause de la malaxie. Cette théorie est appuyée sur quelques faits et notamment sur les inflammations et sur les ulcérations que l'on voit se manifester quelquefois aux joues, sous l'influence de l'écoulement des larmes; ou au nez, lorsque le mucus s'en échappe en de grandes proportions, ou encore sur les téguments des lèvres, alors que de la salive altérée s'écoule de la bouche (1).

7648. La théorie de Hunter différait de celle de Chaussier seulement en ce sens, que le suc gastrique ordinaire pouvait produire le ramollissement de l'estomac, ce que cet auteur a démontré par

(1) La plupart de ces faits ne prouvent en rien la théorie de Chaussier; car les téguments sur lesquels coulent les liquides supposés corrosifs sont le plus souvent enflammés et excoriés par d'autres causes co-existantes.

des expériences sur des lapins, et ce que Spallanzani a confirmé aussi par la voie expérimentale. Il résulta de leurs recherches que l'estomac lui-même peut être en quelque sorte digéré après la mort par les liquides qui s'y trouvent contenus. Telle fut aussi l'opinion d'Adams et d'Allan Burns. Cependant Jœger, dans un très-remarquable mémoire faisant partie du journal de Hufeland (1811, 1813), établit que pendant la vie, mais sous l'influence de troubles dans l'innervation, il peut se faire que la membrane muqueuse gastrique et l'estomac se ramollissent et se perforent. Camerer, en 1818, fit un grand nombre d'expériences d'après lesquelles les liquides trouvés dans l'estomac d'animaux et d'enfants sains sont acides, dissolvent ce viscère chez des animaux morts, mais qu'ils n'ont d'action sur des estomacs vivants qu'autant qu'il y a une diminution dans l'innervation. Aussi la ligature de la huitième paire favorise-t-elle, suivant cet auteur, le ramollissement gastrique. Les sucs alcalins contenus dans l'estomac d'individus malades ne produisent pas une corrosion du même genre.

7649. Lorsque les opinions solidistes et vitalistes vinrent à régner d'une manière presque exclusive dans les écoles, on ne vit plus dans les ramollissements gastriques qu'un travail pathogénique spécial. Broussais admit que l'irritation et l'inflammation étaient les causes et les agents de la gastromalaxie, et cette manière de voir fut adoptée, avec quelques variantes, par plusieurs personnes. Actuellement encore, des auteurs très-recommandables regardent les ramollissements dont il s'agit comme des nuances particulières de gastrite (Compendium, tome 3, p. 553). C'est aussi là, à peu près, l'opinion que M. Cruveilhier se forme du ramollissement gélatiniforme, tandis qu'il regarde la gastromalaxie décrite par M. Louis comme un phénomène cadavérique. Enfin, M. Andral admet encore qu'il existe ici un travail d'irritation, mais que celui-ci ne pourrait à lui seul déterminer le mal, et qu'il faut, pour que l'estomac se ramollisse, qu'il y ait en même temps un état général de la nutrition analogue à celui qui existe lors de la perforation spontanée de la cornée.

7650. Monsieur Carswell a fait sur ce sujet les expériences les plus intéressantes, et qui jettent un grand jour sur les questions précédentes : des animaux tués une heure après avoir mangé ont présenté à la partie déclive de l'estomac *et sur des points variés en raison de la position du sujet,* tantôt un ramollissement simple, commençant

par la membrane muqueuse, d'autres fois s'étendant à la séreuse, puis perforant celle-ci, attaquant le diaphragme, le péritoine, la plèvre, le poumon, le foie, les intestins, les détruisant, colorant les vaisseaux en noir, n'étant point accompagné de rougeur inflammatoire. Le suc gastrique est acide; c'est en vertu de cette acidité que l'estomac est corrodé. — Carswell a extrait hors de l'animal des estomacs de lapin, et à 10 degrés de température la perforation s'est faite.

7651. Dans la seconde partie de son mémoire, Carswell donne les caractères du ramollissement observé par Louis, Andral, et ceux des perforations de Chaussier; il prouve par les raisonnements les plus positifs, que le ramollissement de ces auteurs est de même nature que celui des lapins. Il compare la densité, la coloration, l'aspect des parties, la forme des ulcères, et les trouve identiques. — Les ramollissements par bandes sont produits par les plis de la muqueuse, c'est la partie saillante qui est ramollie; le mucus protége les points renfoncés. — La coloration dépend du sang qui reste dans les vaisseaux. M. Carswell cite l'histoire d'un maçon qui étant tombé d'une échelle, et s'étant tué après avoir mangé, présenta à M. Littré les caractères du ramollissement indiqué par les auteurs.

7652. Carswell a vu sur un cadavre de femme le ramollissement par bandes survenir dans l'estomac, où il avait introduit du suc gastrique et dans lequel on observait des plis, des rides transversales.— *Souvent une ligne nettement dessinée et de niveau limite, supérieurement, le ramollissement.*—Si l'on met du coton entre le suc et la muqueuse, là elle n'est pas ramollie ou perforée. — Plus la digestion est avancée, et plus la lésion produite par le suc gastrique après la mort est grave.

7653. D'après M. Carswell, le ramollissement serait le plus souvent un phénomène cadavérique. Les sucs contenus dans l'estomac n'attaqueraient pas les tissus vivants et sains, bien qu'ils pourraient exercer une action sur des parties altérées; mais cette proposition ne paraît en rien exacte, attendu qu'on observe pendant la vie des symptômes en rapport avec la maladie, qu'on retrouve ensuite sur le cadavre.

7654. D'après toutes les opinions et les expériences précédentes, et d'après aussi nos observations particulières, nous admettons : 1° que le plus souvent, le ramollissement de l'estomac est la conséquence de l'action des sucs contenus dans ce viscère; 2° que l'eau et les boissons aqueuses longtemps contenues dans l'estomac, alors que

les malades sont soumis à la diète, peuvent le macérer et le ramollir; 3° que l'action de la salive, du mucus, peut-être du fluide pancréatique, est plus ou moins analogue à celle de l'eau, mais qu'elle est encore de beaucoup plus puissante lorsque ces fluides sont acides; 4° que l'estomac se ramollit ici et se perfore, comme on voit les poumons être frappés de malaxie, alors qu'ils ont été longtemps congestionnés à la partie déclive; 5° que les ramollissements gastriques sont tellement comparables à la pneumonémie hypostatique qu'ils se forment par en bas et qu'ils sont limités supérieurement par une ligne de niveau; 6° que ces dernières circonstances prouvent surtout que l'action des liquides cause la gastromalaxie; 7° que l'amaigrissement, la faiblesse des sujets, le repos longtemps continué, la position toujours la même dans un lit, et spécialement le coucher sur le dos, sont les circonstances qui favorisent le plus la formation du ramollissement de l'estomac; 8° que toute maladie, telle, par exemple, que la pneumophymie, dans laquelle ces mêmes circonstances auront lieu, favorisera infiniment le développement de la gastromalaxie; 9° que le ramollissement gélatiniforme et le ramollissement pultacé sont de même nature, mais qu'ils offrent des apparences diverses, parceque les sujets chez lesquels ils se forment ne sont pas les mêmes, et parce que les circonstances où ils se déclarent ne sont pas identiques; 10° qu'il peut exister sans doute des ramollissements et même des perforations de nature inflammatoire, mais que ceux-ci sont précédés et accompagnés pendant la vie de phénomènes de gastrite aiguë, et que dans de tels cas, à la mort, on trouve au pourtour de la partie affectée ou sur cette partie même des traces évidentes d'un état phlegmasique; 11° qu'il peut aussi se manifester dans l'estomac et les intestins des ramollissements, à la suite de l'action de substances acides délétères et corrosives; 12° que certaines gastromalaxies peuvent encore être le résultat de carcinômes, mais que celles-ci ont des caractères fort différents et qui seront indiqués lors de l'histoire des carcinies gastrentériques.

7655. A part les cas de ramollissement gélatiniforme, le plus souvent les malaxies intestinales sont en rapport avec des inflammations et des ulcérations du tube digestif. Cependant, d'après quelques faits dont j'ai été témoin, il m'a paru que des liquides clairs, transparents, muqueux, ayant séjourné à la suite de blénentérorrhée, dans la cavité entérique, avaient déterminé le ramollissement de la membrane muqueuse gastro-entérique.

Thérapeutique.

2656. C'est bien à l'occasion des maladies angibrômiques (1) que l'on peut adresser le reproche à beaucoup de travaux modernes d'avoir insisté plutôt sur des notions générales d'anatomie pathologique que sur des inductions applicables à la pratique. C'est tout au plus, par exemple, si l'on trouve dans des auteurs justement estimés quelques lignes relatives au traitement des ramollissements gastrentériques, tandis que de nombreuses pages sont consacrées à l'historique, à la symptomatologie et à l'étude cadavérique de l'état anatomique dont il s'agit. Il est bien vrai que la thérapeutique semble au premier abord découler des notions relatives à la pathogénie des ramollissements, et que, par exemple, les antiphlogistiques sont naturellement indiqués, si la maladie est reconnue inflammatoire, tandis qu'il faut songer à d'autres moyens si la cause en est différente; mais toujours est-il que l'on n'a pas donné assez d'étendue aux considérations relatives au traitement des gastrentéromalaxies; nous chercherons à éviter une semblable faute.

2657. Nous commencerons par écarter de l'étude que nous allons faire, les cas qui se rapportent aux ramollissements qui sont les conséquences de phlegmasies intenses, parce que le traitement convenable dans de tels cas est celui des gastrites ou des entérites aiguës et incontestables, et nous ne parlerons que des faits qui se rapportent aux ramollissements dans lesquels le caractère inflammatoire est douteux et se rapporte plus ou moins à l'état chronique.

2658. Or, quand il serait vrai que certaines malaxies gastrentériques fussent liées à un état phlegmasique *sub-aigu*, comme le disent les auteurs, cet état serait d'une nature assez peu tranchée pour que l'indication des antiphlogistiques, des émollients, de l'abstinence, etc., ne fût pas évidente. La peau lentement et légèrement enflammée, la conjonctive atteinte de rougeurs chroniques, reviennent mieux à leur état nomal sous l'influence de certains astringents et de toniques variés, que cela n'a lieu à la suite de l'application continuée des émollients; il est possible et même probable que dans de tels états de l'estomac ou de l'intestin, les toniques légers, les aliments médiocrement excitants, puissent non-seulement ne pas être nuisibles, mais encore être utiles; d'ailleurs ne convient-on pas que les acides, que les liquides contenus dans l'estomac, atta-

(1) On pourrait avec avantage, et par abréviation, retrancher la syllabe *mo* du nom: *angibrômomalaxie*, et l'on écrirait alors: *angibrômalaxie*.

quent plutôt les points phlegmasiés que les autres, et ne peut-on pas déduire de là qu'il faut, même sous le rapport de ces inflammations douteuses, remédier avant toutes choses à la présence des liquides plus ou moins acides ou dissolvants, qui sont en contact avec les parties malades? Il faut donc mettre ici de côté les théories phlegmasiques, tirer parti des faits connus relativement à l'influence des sucs contenus dans l'estomac, sur la dissolution des parois de ce viscère, et se conduire comme s'il n'existait pas de phlegmasie; d'ailleurs les traces d'inflammation qu'on observe dans de tels cas sont très-probablement les conséquences de la souffrance que l'organe éprouve par suite de la présence dans sa cavité des liquides dont il vient d'être fait mention.

Utilité des moyens tirés du régime et dangers de l'abstinence.

7659. Ce sont des moyens hygiéniques et tirés du régime qui nous paraissent principalement convenir dans le ramollissement de l'estomac. Nous concevons difficilement comment on a pu proposer dans de tels cas l'abstinence et les boissons adoucissantes; ces médications ne seraient applicables que si les symptômes inflammatoires étaient très-prononcés, en un mot ce ne serait pas la maladie que l'on devrait jamais traiter par de tels moyens, mais bien les phénomènes *franchement phlegmasiques* qu'on observerait. (Voyez le traitement de la gastrite.) Cette proposition est vraie, et des enfants, et des adultes, mais particulièrement des premiers. Il faut même se défier infiniment des apparences inflammatoires que peuvent présenter les gastropathies des enfants à la mamelle, et bien se rappeler que le ramollissement chez eux, résultat fréquent d'un mauvais régime, commence assez souvent par les symptômes aigus dont il a été parlé.

Traitement de la gastrentéromalaxie des jeunes enfants.

7660. Il faut donc s'enquérir ici avec le plus grand soin de l'alimentation à laquelle l'enfant a été soumis; si l'on n'a pas donné à celui-ci des soupes épaisses, du pain, des viandes que l'absence de dents lui a empêché de triturer. Tant que les organes masticateurs sont renfermés dans les alvéoles, les aliments qui exigent un broyement préalable pour être ensuite digérés, ne conviennent pas. L'éruption complète des premières dents est un caractère précieux et vraiment indiqué par la nature pour établir l'opportunité de l'alimentation par des solides. Sans doute il est des enfants très-robustes qui, avant la pousse des dents, peuvent se nourrir avec des substances plus ou moins dures ; mais ce sont là des exceptions qui n'infirment en rien la règle générale. Je parle ici avec l'autorité des faits;

car je puis affirmer avoir conservé bien des enfants pour avoir suivi les préceptes qui viennent d'être établis. J'ai vu un grand nombre de petits malheureux présenter depuis plusieurs semaines tous les caractères de la gastromalaxie dite gélatiniforme (n° 7621), éprouver même une diarrhée continuelle et verdâtre, des vomissements incessants, être parvenus à la maigreur la plus déplorable, à un affaissement très-marqué dans l'action cérébrale, et qui ont été guéris par moi en peu de jours. Or, ce n'était point par des médicaments qu'il en arrivait ainsi; c'était parce que je changeais le régime. On avait mis à la diète ces pauvres petits, qui vomissaient l'eau et les tisanes, *et je leur faisais donner du lait pur ;* on y avait ajouté de l'eau de gruau, *et je leur faisais donner du lait pur ;* on avait fait prendre des panades, de l'arowroot, du tapioca, du salep, du sagou, dans des bouillons, dans de l'eau de poulet, etc., *et je leur faisais donner du lait pur ;* on avait cherché à nourrir avec de l'eau sucrée, avec du lait écrémé, *et je leur faisais donner du lait pur;* ils vomissaient d'abord celui-ci, *je leur en faisais redonner à l'instant même;* alors ils le conservaient ; *dans la crainte de l'irritation, on leur en faisait prendre peu ; dans la crainte de l'inanition, je leur en donnais beaucoup;* le lait de vache n'était point digéré, alors je faisais donner celui d'une bonne nourrice ; le lait de la femme qui nourrissait était trop ancien, trop jeune, peu nutritif, je faisais changer de nourrice et j'apportais le plus grand soin dans le choix de celle que je lui substituais ; je recherchais surtout si la quantité de lait qu'elle avait était suffisante ; je m'en rapportais bien plutôt aux effets produits par l'alimentation avec tel ou tel lait, qu'à un examen souvent inutile avec le microscope ou avec un galactoscope. Sous l'influence de ces moyens si simples, je voyais l'enfant cesser de vomir, dormir, digérer, refaire du sang; je voyais : les matières devenir moins vertes et les selles moins fréquentes ; en peu de jours la maigreur faire place à un état satisfaisant, les symptômes cérébraux disparaître tout d'abord, le sourire remplacer les cris plaintifs et la santé devenir complète en quelques semaines.

7661. Ailleurs, les dents étaient assez poussées pour que l'on pût ajouter au lait des aliments solides ; mais il fallait encore donner ceux-ci avec précaution, parce qu'ils ramenaient souvent les accidents, et jusqu'à douze ou quinze mois en général, l'excellent lait auquel parfois je faisais ajouter des jaunes d'œuf suffisait. J'ai vu des nourrissons exténués à l'âge de cinq ou six mois, alors qu'on les avait alimentés avec des consommés, des potages de toutes sortes, revenus à la santé sous l'influence de la lactation abondante, continuée

pendant dix-huit mois, et devenir avec ce régime éminemment robuste.

7662. Il est cependant certains enfants qui, même dans la première année de leur vie, ne peuvent supporter le lait, et le vomissent, bien qu'ils digèrent parfaitement des bouillons, des viandes, etc.; mais ce sont là des cas rares et tout à fait exceptionnels, dont il est bon de tenir compte, et qui prouvent seulement qu'en thérapeutique il faut bien se donner garde de suivre une seule idée; mais qu'il est souvent nécessaire de modifier les préceptes généraux par les résultats du traitement obtenus dans des cas particuliers. Cette réflexion nous conduit même à dire encore que dans le choix d'une nourrice et du lait que l'on donne à l'enfant, il faut avant tout s'en rapporter aux effets nutritifs que l'on observe.

7663. Si je suis entré dans les détails précédents, et si je leur ai donné autant d'extension, c'est que d'après mes observations j'ai l'intime conviction que si l'on nourrissait exclusivement et abondamment avec de bon lait, et surtout avec de bon lait de femme, *tous* les enfants jusqu'à la fin des huit premiers mois de leur vie, la mortalité de ces premiers âges serait très-faible et ne serait guère représentée que par les décès en rapport avec des maladies autres que celles du tube digestif.

7664. On serait théoriquement conduit à craindre que le lait qui se coagule et devient si promptement acide dans l'estomac, ne soit pas convenable dans les ramollissements de ce viscère et de l'intestin qui, comme nous l'avons vu, sont dus, au moins en partie, à l'action d'acides sur la membrane muqueuse gastrentérique; mais la pratique m'a démontré que dans la très-grande majorité des cas, chez les jeunes enfants qui présentent les symptômes les moins douteux de malaxie gastrique, la diète lactée est éminemment utile. Du reste on se rendrait facilement compte de ce fait, en songeant que l'action des acides peut s'épuiser sur le caséum et ne point altérer autant la membrane muqueuse.

Traitement de la gastromalaxie des adultes; moyens de régime.

7665. Dans les gastromalaxies des adultes il est évident, d'après ce qui a été dit dans les paragraphes précédents, qu'il faut autant que possible donner des aliments aux malades; mais ces aliments doivent être administrés avec beaucoup de précautions, et c'est souvent à l'expérimentation journalière à décider de ceux qui sont les plus convenables. Les substances animales, les consommés, les jus

de viande, les jaunes d'œufs, les chairs d'animaux grillées et rôties, les crêmes, les échaudés, sont utiles dans le plus grand nombre des cas; souvent des aliments solides réussissent mieux que des substances liquides; et l'on voit du pain être conservé et bien digéré tandis que des bouillons, du lait, et surtout de l'eau, sont constamment vomis. On a proposé de préférence des liquides nutritifs et froids, tels que des bouillons de bœuf, de la gélatine, contenant de l'osmazôme, de la gelée de viande prise froide ou à la glace, et il est des cas où ces aliments réussissent; d'autres fois même, le lait, si utile pour les jeunes enfants, ne l'est pas moins pour les adultes. Il faut en général éviter ici tous les aliments aqueux, les boissons chaudes, le sucre, qui, dans l'estomac de certaines personnes, devient si facilement acide. A plus forte raison devra-t-on défendre aux malades l'usage de toutes les substances qui contiendront du vinaigre, du suc de citron, d'oranges ou de fruits, etc. — Les proportions d'aliments qui seront données à chaque fois seront plus ou moins fortes, suivant les effets qui résulteront de leur présence sur l'estomac. En général, il faudra commencer par de faibles quantités, n'augmenter que par degrés, et s'il ne survient pas d'accidents nouveaux. S'il arrivait cependant que les premiers aliments ingérés chez des gens longtemps soumis à une abstinence rigoureuse, et présentant des phénomènes de gastromalaxie, fussent en partie vomis, ce ne serait pas une raison pour en discontinuer l'emploi, car en persévérant, souvent ces vomissements cessent, et les symptômes de la maladie se dissipent.

7666. D'abord et tant que les malades n'ont pas réparé, du moins en partie, leurs pertes, il faut conseiller le repos, car leurs forces ne permettraient pas l'exercice; plus tard il est bon de leur recommander d'exécuter des mouvements; dans le cas même où ils seraient forcés de rester au lit, il serait urgent de les faire fréquemment changer de position et surtout d'exiger qu'ils restent couchés le moins longtemps possible, soit sur le dos, soit sur le côté gauche. Le motif d'un tel conseil est évident; c'est d'empêcher que les liquides contenus dans l'estomac restent toujours en contact avec les mêmes points du viscère et notamment avec ceux où le ramollissement a son siége. Je ne conçois pas, en vérité, comment il se fait que les auteurs, tout en convenant que les sucs contenus dans l'estomac favorisent au moins les ramollissements, n'aient point parlé de la précaution précédente, qui est ici tout aussi indispensable que dans le traitement de la pneumonémie hypostatique.

Moyens pharmaceutiques et chirurgicaux.

7667. Certes, les évacuations sanguines, les vésicatoires ne conviendraient point dans les gastrentéromalaxies exemptes de complication inflammatoire. Les premières ne feraient qu'augmenter la débilité déjà si grande des malades; il faudrait avoir plus que du courage pour les conseiller surtout chez les jeunes enfants. Les applications de substances astringentes à l'extérieur seraient sans action sur l'estomac; la glace seule semblerait avoir dans quelques cas de l'efficacité, au moins pour faire revenir l'estomac et les intestins sur eux-mêmes et pour calmer ou arrêter les vomissements; dans quelques cas l'usage de légers amers, du tannin, administrés à petite dose à l'intérieur, pourra peut-être avoir de l'avantage, mais ce serait avec de grandes précautions qu'on pourrait en conseiller l'emploi. La gélatine, les bouillons froids et non salés à petites doses répétées, pris *non plus comme aliments*, mais comme rendant plus difficile l'action des liquides sur les parois gastriques, sont théoriquement bien mieux indiqués.

7668. Dans la gastromalaxie, l'opium a été prescrit sous diverses formes; malgré le mérite des médecins qui l'ont administré dans des cas semblables, je ne vois pas quelle action il peut avoir sur le ramollissement lui-même. Tout au plus il peut calmer les vomissements; mais ces symptômes ne sont pas la lésion qu'il s'agit de guérir, et l'opium ne peut rien contre elle. Il pourrait même, dans quelques cas, augmenter cette tendance à l'assoupissement, ces accidents cérébraux, que dans de tels cas les enfants présentent si souvent.

7669. En définitive, chercher autant que possible à empêcher l'accumulation des liquides aqueux, salivaires, et surtout acides, dans l'estomac, et pour cela s'abstenir de tisanes, surtout de celles qui sont données à une température élevée; donner parfois des aliments secs, tels que des biscuits de la veille, des échaudés, etc.; éviter avec le plus grand soin l'emploi des substances acides; chercher à neutraliser celles-ci par l'emploi de la magnésie, des bicarbonates alcalins, etc., (n° 7599); se donner garde de solliciter des vomissements, dans la crainte qu'ils ne causent des déchirures ou des perforations gastriques; être très-réservé, dans la même appréhension, sur l'emploi des purgatifs; tels sont les moyens qui, réunis à ceux de régime dont il vient d'être parlé, sont les plus indiqués dans le traitement de la gastrentéromalaxie proprement dite.

CHAPITRE IX.

ANGIBRÔMOTRYPIES

(Perforations du tube digestif).

OESOPHAGO } TRYPIES (Perforations de { l'œsophage).
GASTRO } TRYPIES (Perforations de { l'estomac).
ENTÉRO } TRYPIES (Perforations de { l'intestin).

ANGIBRÔMO { TRAUMATIES
ANGIBRÔMO { CLASIES

(Blessures et ruptures du tube digestif).

7670. L'histoire des blessures et des déchirures du conduit alimentaire appartient entièrement à la chirurgie (1); nous les mentionnons comme faisant partie du cadre nosologique, et nous renvoyons pour les détails aux traités spéciaux sur la pathologie externe; seulement nous ferons ici quelques remarques qui nous paraissent utiles sur le diagnostic des plaïes de l'abdomen.

Applications de la plessimétrie aux plaies de l'abdomen.

7671. Les chirurgiens ont pensé avec raison qu'il était inutile et souvent dangereux de sonder les piqûres et les plaies dont les parois abdominales sont atteintes. Détacher des caillots salutaires qui auraient arrêté des hémorrhagies; ouvrir pour ainsi dire la route aux matières contenues dans le tube digestif, et favoriser ainsi des épanchements péritonéaux mortels; tels sont les graves inconvénients que l'on reproche à ce cathétérisme inconsidéré. Il serait cependant utile de pouvoir déterminer quels sont les organes atteints par les instruments tranchants, et de s'assurer si des liquides postérieurement à la blessure se sont accumulés dans la cavité péritonéale. Or, la plessimétrie donne sous ces deux rapports des documents importants et trop négligés par les chirurgiens. Elle permet de limiter le foie, la rate, les reins, de dessiner leur forme, et de déterminer leur siége précis; elle fait reconnaître que ces organes ou l'angibrôme sont situés derrière la plaie abdominale; elle conduit à distinguer quel est celui des viscères qui correspond aux douleurs consécutives se développant dans tel point plus ou moins éloigné du lieu où existe la solution de continuité. Elle permet de dé-

(1) La plessimétrie pouvant faire reconnaître la présence des liquides dans l'estomac et dans les cavités thoraciques, il en résulterait que dans les cas de blessures de l'œsophage on pourrait constater que les substances avalées parviendraient ailleurs que dans ce même estomac.

ıvrir les épanchements péritonéaux ou viscéraux, qui sont parfois conséquences des blessures. Nous verrons à l'occasion des hé- thies (maladies du foie), que l'intumescence rapide du foie à suite d'un coup porté sur lui, et constatée par la percussion mé- ıte, est l'un des signes les plus propres à faire voir que cet organe intéressé, et nous constaterons, lors de l'étude des péritonies aladies du péritoine), que c'est surtout à l'aide des caractères ssimétriques que l'on peut s'assurer de l'existence d'un épan- ement dans la cavité abdominale.

Applications à la médecine légale.

7672. La médecine légale peut également tirer parti des notions écédentes, et cela dans tous les cas où il s'agit de se prononcer sur gravité d'une blessure faite aux parois abdominales.

perforations de l'angibrôme doivent être étudiées dans d'autres parties de cet ouvrage.

7673. Les perforations de l'angibrôme dues à des causes internes à l'action de substances toxiques, portées dans l'intérieur de ce nduit, ne nous paraissent point mériter ici un article spécial, et ici pour quelles raisons : 1° celles qui ont lieu dans la voûte pala- ıe et au pharynx sont du ressort de la chirurgie, et les causes in- nes qui les produisent seraient les seules dont nous pourrions oir actuellement à nous occuper; mais ces causes seront étudiées leurs; de plus les perforations ne sont ici que les conséquences ulcérations, de nécrosies, dont bientôt nous aurons à parler; 2° les rforations de l'œsophage, d'ailleurs extrêmement rares, sont pres- e toujours consécutives à d'autres lésions qui, devant être étudiées ıs tard, déterminent des accidents promptement mortels, et sont s-difficilement reconnaissables pendant la vie (1); 3° les perfora-

1) On a cité quelques exemples de perforation de l'œsophage dans le médiastin. plessimétrie pourrait, dans de tels cas, faire trouver en arrière, au niveau de la onne vertébrale et sur les points qui correspondent à l'œsophage ou au médias- postérieur, de la matité, du bruit hydraérique, etc., en rapport avec les li- ides et les gaz épanchés à la suite de la perforation. L'auscultation servirait ıt-être aussi à faire entendre des bruits variés dus aux mouvements que l'on ırrait imprimer, par la succussion, à la masse de ces liquides ou de ces gaz. phénomènes physiques auraient une valeur diagnostique plus grande, l'on trouvait réunies : les circonstances commémoratives et antérieures de souf- nces chroniques ; l'invasion d'accidents graves, tels qu'une douleur aiguë ; des ısations en rapport avec la pénétration des substances avalées dans le tissu lulaire situé autour de ce conduit ; une dyspnée subite, etc.

tions de l'estomac et de l'intestin grêle ne sont que des accidents résultant d'autres états organopathologiques, tels que des malaxies, des phlegmasies, des phymies, des carcinies, des nécrosies du tube digestif, et l'étude de ces affections a été faite ou le sera ailleurs. 4° Ces perforations ne sont point graves en elles-mêmes, mais bien par les épanchements qu'elles causent; car ce n'est pas l'ouverture du tube digestif qui occasionne si souvent des phénomènes si fâcheux; c'est la lésion du péritoine qui les suit inévitablement; c'est l'épanchement qui s'y opère, c'est la phlegmasie qui s'y déclare, ce sont les troubles fonctionnels qui en sont les résultats, qui déterminent si souvent des accidents mortels. Il suit de là que l'histoire des angibrômotrypies appartient plutôt à l'étude des péritonies qu'à celle des souffrances gastrentériques, et cette manière de considérer les faits est d'autant plus naturelle et d'autant plus avantageuse que les perforations de la vessie, de la vésicule du fiel, de diverses tumeurs dans la cavité péritonéale, sont ainsi rapprochées avec la plus grande utilité de celles de l'estomac ou de l'intestin. 5° Les ouvertures qui trop fréquemment se font dans des portions d'intestin herniées gangrénées, etc., et qui sont suivies d'épanchement dans le sac herniaire, d'accidents bien souvent mortels, et parfois d'anus contre nature, sont rangées avec raison (puisque l'on veut séparer la médecine de la chirurgie) parmi les affections chirurgicales. 6° Il en est ainsi des perforations du cœcum dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque et de celles qui peuvent aussi avoir lieu dans les parties des gros intestins et surtout des colons ascendants et descendants qui correspondant aux replis mésentériques, peuvent être suivies d'abcès fort graves (1). 7° Enfin les perforations du rectum, ayant inévitablement

(1) On n'a pas plus tiré parti de la plessimétrie pour le diagnostic des abcès de la région cœcale, qu'on ne l'a fait pour celui de la plupart des autres maladies chirurgicales. C'est cependant là un point culminant dans la symptomatologie de ces affections. Lorsque, en effet, une collection purulente vient à se former dans la région qu'occupe d'ordinaire le cœcum, une matité anomale avec absence de toute élasticité se déclare sur ce même point. Alors l'intestin est en général refoulé en dedans, et quelque profondément pratiquée que soit la percussion on ne trouve en rien la sonorité que donnent les diverses parties du tube digestif plus ou moins remplies de gaz. On parvient très-bien à dessiner la forme de l'espace occupé par l'engorgement, puis par le pus, et l'on juge très-exactement en limitant cet espace, des progrès du mal ou de sa décroissance. Dans les cas où la suppuration est effectuée et où un foyer est formé, le doigt qui percute éprouve une sensation de mollesse en même temps que de matité; il semblerait qu'il y a ici

: résultats des suppurations et des fistules à l'anus, sont évidem-.t du domaine de la pathologie dite externe.

CHAPITRE X.

ANGIBRÔMOHÉMIE OU ANGIBRÔMÉMIE

(Congestion sanguine du tube digestif).

874. Les congestions sanguines simples du tube digestif sont peu connues. La plupart d'entre elles ne donnent lieu, pendant e, à aucun symptôme fonctionnel ou à aucun caractère physique leur soit exclusif. Le plus souvent le cadavre seul en révèle stence.

875. Les hyperhémies angibrômiques, comme celles des autres ıreils organiques, sont à coup sûr de diverses natures. Si l'on ne

orte d'absorption du son et de l'impulsion, et que toute élasticité est anéantie. ıractères sont très-différents de ceux que donnent les muscles qui sont plus es et plus élastiques. Je suis maintes fois parvenu à limiter très-exactement yer purulent, en tenant compte des faits précédents qui non-seulement sont ciables dans les collections de pus siégeant dans la fosse iliaque, mais en-lans tous les autres abcès. Il est bien vrai que, le plus souvent, les phéno-s plessimétriques qui viennent d'être indiqués, considérés isolément, ne pour-. guère faire distinguer des abcès iliaques d'avec une accumulation considérable uides dans le cœcum; mais la réunion de ces caractères avec les symptômes onnels, et surtout avec la fluctuation en rapport avec ces mêmes abcès, ainsi ı marche de la maladie, suffiront pour établir convenablement le diagnostic. 'iens, du reste, de recueillir tout récemment une observation fort remar-: et très-propre à constater *l'utilité pratique de la plessimétrie dans le diagnos-s abcès des membres.* Une jeune femme était atteinte de très-vives douleurs a cuisse et dans le genou gauches. Il semblait qu'il s'agissait d'une arthrite. ; quelques jours, cette femme était dans les salles. Les souffrances devin-lus vives; de la tuméfaction s'y joignit. C'est en vain que plusieurs méde-; moi nous cherchâmes la fluctuation. J'allais conseiller l'application de ıcs sangsues. Je percutai avec le plessimètre, j'obtins les nuances de résis-au doigt et de matité propres aux liquides. Je fis comparer aux assistants sations que les muscles percutés donnent à celles que la cuisse présentait. ai des caractères plessimétriques dont il vient d'être fait mention, que le : était ou infiltré ou réuni en foyer. Je plongeai dans la partie externe du re un bistouri à près d'un pouce de profondeur. Il s'écoula par la large in-qui fut faite, plus de cinq cents grammes de pus. Le lendemain, la cuisse égorgée, et l'abcès, qui sans doute était situé au dessous de l'aponévrose, uéri huit jours après.

tenait à porter dans le langage cette précision si désirable, et sans laquelle il est impossible d'être clair et méthodique, on pourrait, ainsi qu'on l'a fait pour les hémorrhagies, les distinguer en actives, c'est-à-dire causées par un surcroît d'action, de force, de vie, et en passives, qui seraient en rapport avec des états contraires ; mais il serait bien autrement utile et logique de mieux préciser leur nature et leur caractère, par des divisions et par des expressions en rapport avec les phénomènes qui caractérisent de telles congestions sanguines; ces divisions et ces dénominations correspondraient à celles qui ont été établies à l'occasion des angiairies (maladies du conduit de l'air, n° 6745); ainsi nous aurions les espèces suivantes :

Angibrômémies	panhyperhémiques.	Congestion du tube digestif	par suite de pléthore sanguine.
	acardiosthéniques.		par défaut d'action du cœur.
	hypostatiques.		par hypostase.
	malaxiques.		par ramollissement.
	nécrosiques.		par putréfaction.

7676. Ces divisions, tout importantes qu'elles sont en théorie et en pathologie, ne peuvent pas malheureusement être applicables en pratique, au moins pour les parties de l'angibrôme qui ne sont pas accessibles à la vue. C'est seulement, en effet, sur le cadavre qu'il est le plus souvent possible de constater l'existence non-seulement de ces diverses variétés, mais encore des angibrômémies, quelles qu soient leurs causes.

Nécrorganographie.

7677. C'est principalement dans l'estomac, c'est dans les partie de l'intestin grêle, voisines de la valvule iléocœcale, c'est dans le portions des anses intestinales les plus déclives, c'est encore dans l cœcum et près de l'anus qu'on observe ces hyperhémies qui son plus ou moins fortes et étendues à des espaces souvent très-considé rables. La membrane muqueuse offre alors sur le plus grand nomb des cadavres, des arborisations, des pointillés, une teinte uniform ou par plaques rouges plus ou moins prononcées, qu'on a pendan longtemps pris pour des traces de phlegmasie. Il s'en faut de beau coup que de telles rougeurs soient les conséquences constantes d'u travail inflammatoire. On n'a pas encore trouvé de caractère cad vérique propre à distinguer les rougeurs qui résultent de simpl congestions de celles qui sont en rapport avec une cause inflamm toire. D'ailleurs tout ce qui a été dit à l'occasion des rougeurs l'endocarde (n° 1895), et de l'angiaire (n° 6236) après la mort, applicable aux colorations analogues qui se rencontrent sur le ca davre dans le tube digestif. Tant qu'il n'existe pas dans la membra muqueuse de tuméfaction, d'épaississement bornés aux points d

...enus rouges; tant que le tissu a conservé sa texture et sa consis-...nce; tant qu'aucune ulcération, qu'aucune éruption ne se mani-...stent sur la surface colorée; tant que des pseudoméninges vé-...tables ne se sont pas formées sur les parties atteintes d'une rou-...eur plus ou moins marquée, et surtout dans un espace nettement ...rconscrit, il est difficile et souvent impossible de dire, par le seul ...xamen cadavérique, s'il s'agit réellement de phénomènes phlegma-...iques ou de congestions dues à d'autres causes. Maintes fois nous ...vons comparé de telles hyperhémies avec des cas *de gastrites véri-...bles produites par des poisons sur des animaux, ou développées sur ...homme par des causes variées;* maintes fois nous avons mis l'un à ...ôté de l'autre des intestins enflammés à l'entour des plaques de Peyer ... des parties qui n'étaient rouges que par suite de congestions ...eineuses dues à des maladies du cœur, ou de troubles à la circula-...on pulmonaire, et maintes fois nous n'avons pu saisir de caractères ...anchés propres à établir ici une distinction suffisante. Nous verrons ...entôt que dans la gastrenterrhagie, il existe aussi des rougeurs ...u'il est dans bien des cas impossible de différencier de celles qui ...nt les produits de phénomènes phlegmasiques.

7678. Toutefois cette impossibilité de tracer les caractères propres ...ux congestions simples et aux inflammations du tube digestif n'est ...raie que dans des cas mal dessinés; bien souvent on peut ne pas ...siter à se prononcer sur le caractère de telle rougeur que présen-...nt les membranes muqueuses gastrentériques. Traçons ici les cir-...nstances principales qui appartiennent aux diverses congestions ...mples; nous dirons à l'occasion des angibrômites quelles sont ...lles qui se rapportent aux phlegmasies du tube digestif.

7679. Dans les angibrômémies gastrentériques produites par la ...éthore sanguine générale (panhyperhémiques), les injections, les ...borisations, le pointillé, les teintes rouges, etc., ont lieu sur des ...rfaces étendues, bien qu'étant plus prononcées à la partie déclive ...'ailleurs, on les rencontre aussi sur d'autres points de la mem-...ane. En même temps, les poumons, le cœur, le foie, le système ...neux encéphalique ou abdominal, les vaisseaux des muscles et de ...peau, sont gorgés de sang.

7680. Dans l'angibrômémie extrêmement commune qui, se dé-...oppant par suite du défaut d'action du cœur (acardiosthénique), ... confond avec celle que produit une gêne dans la respiration, ...ngibrômémie anhématosique), les mêmes caractères locaux se

présentent; le cœur droit, le foie, le système veineux, sont très-distendus par du sang, et l'angiaire (conduit de l'air) contient d'ordinaire une grande quantité d'écume. Quand l'hypostase est la cause exclusive de la congestion du tube digestif, les caractères précédents de panhyperhémie peuvent ne pas exister, mais les parties déclives de l'estomac (notamment son extrémité splénique), les dernières portions de l'iléon qui plongent dans le bassin, les colons ascendants, descendants et iliaques situés profondément dans les flancs, dans les aines, ou encore la partie du rectum la plus basse et la plus voisine de l'anus, sont le siége exclusif des congestions et des rougeurs. C'est surtout lorsque les intestins sont en place sur le cadavre, qu'il faut constater le lieu qu'occupent ces lésions. En tirant au dehors les parties de l'intestin *situées au-dessous* des autres, on voit que c'est bien là que les caractères de congestion sont les plus marqués, et plus on les considère sur des plans inférieurement situés et plus aussi ils sont prononcés. Nous avons étudié précédemment (n° 7626) l'état des vaisseaux dilatés et plus ou moins rouges qui se rencontrent au-dessous de la membrane muqueuse ramollie (angibrômémies malaxiques).

7681. Enfin, les rougeurs produites par la putréfaction sur le cadavre (angibrômémies nécrosiques) sont accompagnées des traces de décomposition dans les diverses parties, d'un développement considérable de gaz, et d'une odeur en rapport avec une telle cause.

7682. Remarquons cependant ici ce qui a déjà été noté par nous pour les poumons; c'est que dans toute congestion de l'angibrôme, la pesanteur des liquides jouera un rôle quelconque et souvent très-marqué, de telle sorte, par exemple, que dans les angibrômémies produites par la pléthore sanguine générale, par le défaut d'action du cœur, et même dans les phlegmasies du tube digestif, on observe que les parties déclives sont encore les plus affectées.

Biorganographie, Symptomatologie, etc.

7683. Aucun caractère anatomique, aucun symptôme positif, ne révèlent l'existence des congestions dont l'estomac et l'intestin peuvent être le siége pendant la vie. Ceux qui pourraient exister ne différeraient point des phénomènes en rapport soit avec les phlegmasies légères de ces parties, soit avec les accidents des hémorrhagies gastrentériques qui précèdent les évacuations sanguines, par la bouche ou par l'anus. L'étude de ces causes et la nature ainsi que le traitement d

ces mêmes hyperhémies, se confondent avec les notions étiologiques, pathogéniques et thérapeutiques des phlegmasies et des hémorragies angibrômiques, aussi n'avons-nous point à y insister ici.

7684. Ce n'est guère que pour les points de l'angibrôme accessibles aux sens : la bouche, le pharynx, l'extrémité inférieure du rectum, par exemple, que l'on pourrait établir quelques considérations générales plus ou moins utiles, relativement aux congestions dont ces parties peuvent être atteintes ; mais il serait difficile de séparer nettement ce qui tient à ces hyperhémies simples et ce qui se rapporte aux hémorrhagies et aux phlegmasies considérées dans ces mêmes parties (voyez les chapitres suivants).

CHAPITRE XI.

ANGIBRÔMORRHAGIES (1)

(Hémorrhagies du conduit alimentaire).

PHARYNGORRHAGIE		la bouche.
STOMATORRHAGIE		le pharynx.
GASTRORRHAGIE	Écoulement de sang par	l'estomac.
ENTÉRORRHAGIE		l'intestin.
RECTORRHAGIE		le rectum.

7685. On n'a point fait entrer dans le langage habituel d'expression propre à désigner les écoulements de sang par la bouche et par le pharynx, qui sont si fréquents et qu'il est si utile de distinguer de ceux qui ont lieu par l'angiaire ou par l'estomac. Les hémorrhagies gastrentériques ont été de leur côté désignées par des mots tout à fait vagues, consacrant une idée première fausse, et entièrement en dehors des plus simples notions anatomiques. On a donné, d'après Hippocrate, le nom de mélœna, *morbus niger*, à tout vomissement de sang noir qui avait lieu par l'estomac ou par l'intestin ; ainsi la couleur du liquide expulsé donnait son nom à la maladie. Celle-ci changeait de dénomination, tout aussitôt que la couleur du sang n'était plus la même ; on appelait hématémèse (Linné, Sauvages, Vogel, Cullen) le vomissement de sang rouge, et flux hémorrhoïdal l'expulsion par l'anus de ce dernier liquide (2).

7686. Les anciens, privés qu'ils étaient des moyens que possède le diagnostic anatomique pour préciser les organes malades, et

(1) Par abréviation d'hémo-angibrômorrhagie.

(2) Les hémorrhagies de la bouche reçurent même le nom de scorbut.

pensant d'ailleurs que les liquides noirs vomis ou excrétés par les selles n'étaient pas du sang, mais bien une matière spéciale, de la bile par exemple, les anciens, dis-je, étaient bien excusables d'avoir ainsi divisé des choses qui ne devaient pas l'être. Les modernes ne le sont pas d'adopter des expressions surannées dont l'application est vague, et qui jettent dans le langage et dans les études une étrange confusion (1).

7687. L'expression hématémèse rentre dans la nomenclature pathologique, en ce sens qu'elle signifie vomissement de sang (2); mais elle ne convient pas pour désigner une hémorrhagie par l'estomac, attendu que le sang vomi peut avoir sa source première dans l'angiaire, dans le pharynx et l'œsophage, être ensuite avalé, puis rejeté au dehors, et que des hémorrhagies entériques peuvent avoir ainsi une hématémèse pour conséquence (3).

7688. Certes, l'individualisation qu'on a longtemps faite de l'hématémèse et du mélœna a conduit aux idées les plus fausses sur leur traitement. Au lieu de voir dans ces affections des écoulements simples de sang consécutifs à des lésions organiques, au scorbut, au flux hémorrhoïdal ou à des altérations de liquides variées, on a cru devoir les combattre par des remèdes spéciaux, en rapport avec des affections uniques. On n'a pas vu que ce n'était pas seulement l'évacuation du sang ou la matière noire qu'il s'agissait d'arrêter, mais bien la

(1) J'aurai toujours présent à l'esprit le souvenir de l'étrange embarras où je fus, en 1823, quand on s'avisa de me donner pour question de leçon, lors du concours de l'agrégation, *l'hématémèse* et *le mélœna*. Il me fallut passer un temps infini à compulser les auteurs pour savoir ce qu'ils avaient voulu dire par ces expressions, puis établir un parallèle entre *deux maladies* qui, en définitive, n'en étaient qu'une, et j'appris dès lors à mes dépens combien il est utile de se servir dans la science d'un langage expressif qui ne permette pas à un juge de donner à un candidat des questions si mal posées.

(2) D'αἷμα, sang, et d'ἐμέω, je vomis.

(3) Il résulta de mes recherches d'alors, sur ce que les auteurs anciens et modernes disaient relativement à l'hématémèse et au mélœna, que je crus devoir en donner les définitions suivantes : l'hématémèse est une hémorrhagie qui, le plus souvent aiguë et ayant son siége dans l'estomac, est le résultat d'une exhalation vitale dont le produit, ordinairement rouge, est rejeté par le vomissement; le mélœna n'est qu'une variété de l'hématémèse; c'est une hémorrhagie, le plus souvent chronique, qui résulte d'un écoulement ayant lieu dans l'intestin et dont le produit, d'une couleur noire, est expulsé par les selles. (Épreuve orale pour le concours de l'agrégation, 1823.)

modification de structure ou l'altération de liquides qui la causait, dont il fallait surtout s'occuper. De là des médications empiriques, toutes plus illusoires les unes que les autres ; de là un pronostic sans certitude et une absence complète de tout diagnostic et de tout pronostic fondé sur l'observation.

Notions historiques.

7689. La confusion qui a régné sur le sens véritable qu'il convient de donner à l'hématémèse et au mélœna a conduit à la plus déplorable confusion, relativement à la manière dont ces maladies doivent être considérées et au traitement qui leur convient. Les uns y ont rapporté l'ouverture d'anévrysmes rompus dans le tube digestif (Sauvages, P. Franck); d'autres, l'hémorrhagie qui résultait de la morsure de l'estomac par une sangsue (P. Franck), d'autres encore un écoulement sanguin des narines, dont le produit était porté dans le tube digestif, puis vomi (Vandermonde) ; on a même été jusqu'à y rapporter : l'ouverture dans l'estomac d'abcès contenant du pus et du sang (Portal, Delatour) ; des hémorrhagies simulées, c'est-à-dire des cas où l'on avait avalé à dessein du sang ensuite rejeté (Sauvages) ; certains auteurs ont regardé la fièvre jaune et le scorbut, donnant lieu au vomissement noir ou à des selles de même couleur, comme étant des espèces de mélœna, ou du moins comme ayant avec celui-ci les plus grandes analogies (Keraudren).

7690. On conçoit dès lors comment il se fait que Sauvages ait établi quatorze espèces de vomissements de sang, comment Delatour et Lordat en aient admis aussi de très-nombreuses divisions. Celles-ci ont été d'autant plus multipliées, qu'on a discuté longuement sur des causes réelles ou supposées, sur des hypothèses plus ou moins plausibles, et qu'on s'est fondé sur elles pour admettre des distinctions très-difficiles à établir. Pinel (*Dict. des sc. méd.*) reconnaît cinq classes d'hématémèses : les constitutionnelles, les accidentelles, les splanchniques, les succédanées, les critiques. On en a admis d'idiopathiques, de symptomatiques, de sympathiques, d'actives et de passives, etc. Les expressions de *fluxus spleniticus*, de *dysenteria splenica* (Gordon), consacrent encore les idées que l'on se faisait sur certaines hémorrhagies de l'estomac, que l'on supposait pouvoir provenir de la rate.

7691. Toutes ces divisions sont plutôt scolastiques que véritablement pratiques ; elles tombent naturellement devant l'étude

attentive des états organopathologiques isolés et combinés entre eux, et dans notre manière de voir il suffit de tenir compte de la réunion possible des divers états dont il s'agit, sans s'embarrasser d'une étude aussi pénible qu'inutile.

Nécrorganographie.

7692. A la suite des angibrômorrhagies, on trouve le plus ordinairement l'une des trois lésions suivantes : 1° des taches rouges, des teintures qui ont été en rapport avec une exhalation opérée pendant la vie ; 2° des ruptures de vaisseaux ; 3° des hétéromorphies à surface fongueuse.

Colorations variées.

7693. Les colorations rouges se manifestent assez fréquemment ; elles sont constituées par des points, des taches, des plaques, des bandes, des mamelons (Hoffmann), des espaces très-larges, affectant une teinte brune ou noirâtre. On voit parfois de petits points ainsi colorés, de la grosseur d'une tête de camion, séparés par des tissus sains et qu'il serait intéressant d'examiner au microscope. Il est des cas où ce pointillé est très-rare, espacé, borné à une petite surface, et d'autres au contraire où il est très-abondant, se rapproche et forme sur certains points les bandes et les plaques dont il vient d'être parlé. La disposition ponctuée ou arborisée qui vient d'être décrite ne peut pas être le résultat d'une teinture cadavérique, et l'on peut en dire autant des petites plaques isolées entre lesquelles la membrane muqueuse est blanche et saine. Les larges plaques rouges, sur les parties où le sang a séjourné, peuvent être au contraire les conséquences de la macération et de la pénétration de la membrane angibrômique par ce même liquide (n° 7627). Il reste donc parfois des doutes dans de tels cas, sur la question de savoir si la teinture dont il s'agit a été en rapport avec la lésion organique qui a produit l'hémorrhagie, ou avec la présence des liquides sanguins dans l'estomac et l'intestin.

7694. Ces teintures qui parfois correspondent seulement à la membrane muqueuse, d'autres fois présentent au-dessous d'elles, ainsi que l'ont dit plusieurs auteurs, des infiltrations de sang dans le tissu cellulaire des parois de l'estomac (Pinel, *Nos. phil.* p. 622. Portal, *Anat. m.* t. IV, p. 188, etc.), qui s'en échappe alors que l'on vient à inciser et à presser les viscères. On a signalé parfois les dilatations des artères voisines, et notamment de l'artère coronaire stomachique, à travers

laquelle une injection d'eau pratiquée parvenait facilement dans l'organe (Portal, Delatour). Les vaisseaux courts, les veines mésaraïques, ont été notés comme variqueux par P. Franck. Delatour et M. Andral parlent aussi de ces dilatations vasculaires.

Rupture des vaisseaux.

7695. La rupture de vaisseaux appartenant à l'estomac lui-même est un fait rare et toujours consécutif à d'autres lésions organiques, ainsi que Portal l'avait noté après beaucoup d'autres auteurs; souvent à la suite d'angibrômorrhagies, on ne trouve point de ruptures ou de dilacérations de vaisseaux. J'ai constaté plusieurs fois un semblable fait, et je me rappelle même quelques cas dans lesquels tous les symptômes observés pendant la vie ne pouvaient se rapporter qu'à une hémorrhagie gastrique, et où l'on ne rencontra après la mort que de très-légères rougeurs.

7696. On a cité des faits dans lesquels les points de la membrane muqueuse qui avaient été le siége de l'hémorrhagie avaient un aspect gangréneux. (Portal, *An. méd.* t. IV, p. 188.) Mais les observations dont on parle ne sont pas assez circonstanciées pour prouver qu'il s'agit ici d'une véritable nécrosie; dans quelques cas, d'ailleurs rares, d'entérite septicehémique, parvenus à l'état d'escarrhes ou du moins d'ulcérations, des hémorrhagies intestinales ont eu lieu.

Tumeurs, dégénérescences ayant causé des angibrômorrhagies.

7697. Les cas où des hétéromorphies plus ou moins considérables ont donné lieu à des angibrômorrhagies gastriques ou entériques sont bien communs, et se rapportent presque toujours plutôt au melœna des auteurs qu'à l'hématémèse. Plusieurs malades sujets à des entérorrhagies plus ou moins considérables, répétées, présentaient aussi des érosions vasculaires dues à des ulcérations de nature variée. Il est arrivé, mais très-rarement, que des aortectasies rompues dans l'estomac ont été la source d'une hémorrhagie promptement mortelle, qui, à vrai dire, ne pouvait guère être considérée comme une gastrorrhagie véritable.

7698. Les gencives ont parfois, chez des gens qui ont présenté pendant la vie de nombreuses hémorrhagies buccales, une apparence fongueuse. Telle carcinomie du pharynx, tel polype de l'arrière-gorge, ont été la source d'écoulements sanguins observés du vivant des malades.

7699. Des cancers plus ou moins considérables existent souvent

dans l'estomac ou dans les intestins de gens qui avaient éprouvé à diverses reprises des hémorrhagies gastrentériques. Il est même assez fréquemment arrivé que des carcinômes ayant leur siége dans les organes voisins du tube digestif, dans l'utérus, par exemple, aient été les sources d'hémorrhagies observées pendant la vie. Bien plus souvent encore, des encéphaloïdies du colon ou de la moitié inférieure du rectum, se sont rencontrées lors de la mort survenue à la suite de grandes évacuations de sang noir par les selles. Alors, presque toujours on trouve, sur la surface de la masse carcinomateuse quelques points où existent des ulcérations à surface molle et rougeâtre, des déchirures, des ruptures de vaisseaux qui ont été les causes organiques de l'écoulement de sang. C'est ce qui eut principalement lieu pour le lord comte de Devon, qui périt d'une manière brusque, à la suite d'une hémorrhagie dont le siége avait été une tumeur cancéreuse du cardia, avec rupture de l'artère coronaire stomachique; tel fut encore le cas d'une femme âgée de cinquante ans, et qui, atteinte d'une gastro-carcinie considérable, mourut d'une manière presque instantanée, et présenta une dilacération de veines à la surface de l'hétéromorphie qu'elle portait, etc.

7700. Les phlébectasies (varices), les hémorrhoïdes internes du rectum, sont des sources très-fréquentes d'écoulements de sang par l'anus. On peut même dire que ce sont là, de toutes les affections, celles qui, le plus ordinairement, se rencontrent chez les personnes qui rendent le sang par les selles. L'histoire de ces tumeurs devrait ici trouver sa place, mais elle fait partie de la pathologie chirurgicale; il en est ainsi des fissures de la dernière portion de l'intestin près de l'anus, et qui, dans bien des cas, ont donné lieu à des hémorrhagies entériques fort graves, et même mortelles. Bientôt nous allons revenir sur ce sujet, à l'occasion de la pathogénie et du traitement.

Liquides trouvés dans le tube digestif.

7701. Le sang qui se trouve après la mort dans le tube digestif est toujours noir, ce qui dépend de ce que, privé du contact de l'air et séjournant dans une cavité, il y perd les caractères artériels qu'il pouvait avoir; d'ailleurs, la présence des acides dans l'estomac suffit, ainsi que le fait remarquer M. Carswell, pour donner au sang épanché l'aspect dont il s'agit. Cette apparence n'est pas due exclusivement à l'action des acides, car dans l'intestin où les

liquides naturels sont souvent acides, les produits de l'hémorrhagie sont presque toujours très-noirs, et parfois presque semblables à de la boue d'encre. Il y a ici, à coup sûr, un certain degré de digestion de ce sang ; de là, des apparences si différentes de celles qu'offre le liquide qui vient de s'échapper non-seulement des artères, mais encore des veines. Il offre souvent l'aspect d'une sorte de mélasse, dans laquelle se trouvent des grumeaux plus épais et plus foncés encore. On trouve ailleurs cette matière filandreuse, poisseuse, noire, dont parlent les auteurs, matière que, du temps de Galien et bien postérieurement (Sauvages), on considérait comme de l'atrabile, ou encore qu'on attribuait à un sang particulier formé par la rate, le foie, ou provenant des veines mésaraïques. Parfois, cependant, on a rencontré dans l'estomac d'énormes caillots ; tel fut celui signalé par P. Franck, et qui pesait cinq livres (*Méd. prat.* t. 3, p. 327). Ailleurs, ce sang est mélangé de masses polypiformes qu'on a eu la simplicité de prendre pour la membrane interne de l'estomac (*ibidem*, p. 323), mais ailleurs comme dans un cas cité par Quesnay (Mém. ac. roy. chirurgic. t. 1er, p. 55, ancienne édition), le sang contenu dans l'estomac est corrompu et présente une extrême fétidité. Les liquides renfermés dans l'angibrôme ne pourraient être rouges que dans le cas où ils y auraient été rapidement déposés quelques moments avant la mort, par suite d'exhalation ou de quelque ouverture artérielle. La quantité de ces liquides peut être faible et d'autres fois on la trouve très-considérable ; tantôt purs, ils sont d'autres fois mêlés de débris d'aliments, étendus de boissons, mélangés de salive ou de bile ; il est des cas où tout le tube digestif en est rempli, et d'autres où l'on en rencontre dans l'estomac seulement, ou dans les dernières parties de l'intestin exclusivement, etc.

7702. Les appareils autres que celui de la digestion ont souvent présenté dans les angibrômorrhagies des lésions dont il est fort important de tenir compte. Tantôt il s'est agi de dilatations du cœur ou des gros vaisseaux et de congestions pulmonaires dues à une angiairaphrosie (présence de l'écume dans les bronches) ; d'autres fois, les vaisseaux ont été trouvés vides, très-distendus par le sang ; mais alors l'hémorragie était très-peu considérable. Ailleurs, il y avait une pananhémie portée très-loin, et cela avait lieu dans les angibrômorrhagies très-considérables, ou qui duraient depuis longtemps. Dans ce dernier cas, souvent les vaisseaux contenaient un sang très-

aqueux (hydrémie). Très-souvent, le foie ou les voies biliaires sont plus ou moins altérés. On sait, par exemple, que dans les hémorrhagies gastrentériques observées dans la fièvre jaune, on trouve fréquemment les conduits hépatique et cholédoque remplis de sang. C'est une chose assez ordinaire que de voir des cancers communs au foie et à l'estomac, donner lieu à des hémorrhagies gastriques (Morgagni, litt. 30, n° 14). Dans un cas d'entérorrhagie, la rate a été trouvée hypertrophiée à tel point qu'elle pesait quatre livres (*ibid.* litt. 36, n° 11), et j'ai vu succomber en un temps très-court, à la suite d'un vomissement de sang excessif, une jeune femme qui portait depuis très-longtemps une énorme tumeur splénique, qui sans doute s'était ouverte dans le tube digestif.

Biorganographie. Inspection.

7703. L'inspection de la bouche, et particulièrement celle des gencives et du pharynx, permet d'y découvrir les hémorrhagies qui peuvent y avoir leur siége et les lésions anatomiques qui en sont les causes. C'est ainsi que dans maintes circonstances, des gencives tuméfiées, fongueuses, violacées, ulcérées sur les points les plus voisins des dents, sont les sources de l'écoulement de sang, dont on serait parfois tenté d'accuser l'angiaire (n° 6161) ou diverses parties de l'angibrôme. Ici c'est l'inspection attentive des gencives, jointe à l'absence de symptômes en rapport avec la lésion d'organes plus profonds, qui permettra d'éviter de telles erreurs. Ce sera cette même inspection qui fera trouver parfois dans le tartre, ou dans la carie, dans les débris dentaires, les causes matérielles des hémorrhagies gengivales.

7704. Des considérations entièrement du même genre sont applicables aux pharyngorrhagies qui se déclarent fréquemment sur des points de l'arrière-gorge, situés latéralement ou inférieurement derrière les amygdales; pour bien examiner ces parties, il faut prendre les précautions qui ont été indiquées à l'occasion de l'inspection du larynx (n[os] 6142, 615?, 6163) et des hémorragies nasales (n° 5659). Un bon moyen de s'assurer si la source du sang est l'arrière-gorge, c'est d'engager le malade à ramener vers la cavité buccale, et cela au moyen d'une petite toux laryngienne (dans laquelle l'air de l'expiration soit dirigée vers le pharynx), les liquides qui se trouvent dans l'arrière-gorge.

7705. Plus loin, et jusqu'à l'anus, l'inspection des parties de l'angibrôme, siéges de l'hémorrhagie, est impossible. P. Franck a

ioté que l'épigastre tendu avant le vomissement cesse de l'être lorsque cet acte est accompli. On pourrait croire aussi que les intestins, dans les cas d'une énorme accumulation de sang dans quelque point de leur étendue, feraient une saillie plus ou moins considérable; mais on conçoit combien de tels caractères sont peu importants et qu'ils ne spécifient en rien l'existence d'hémorrhagies gastrentériques. L'inspection est bien autrement utile pour l'exploration des hémorrhagies dont l'extrémité inférieure du rectum et l'anus peuvent être atteintes.

Inspection du sang provenant de l'angibrôme.

7706. Déjà nous avons parlé, à l'occasion des angibrômostéosies, de l'utilité attachée à l'exploration de la partie inférieure de l'intestin et des moyens de parvenir à la bien faire (n° 7415); mais l'importance du sujet nous force encore à y revenir ici. Dans toute rectorrhagie un peu grave et un peu prolongée, il faut chercher à examiner non-seulement l'anus, mais encore la membrane muqueuse du rectum le plus haut possible; on y parvient en engageant les malades à faire des efforts comme pour aller à la selle; et en tirant en même temps avec force au dehors la peau du pourtour de l'anus, puis la membrane du rectum elle-même. Ce moyen est beaucoup plus usuel et plus pratique que ne l'est l'application du speculum; il permet de constater, dans une foule de cas, l'existence de tumeurs hémorrhoïdales, fongueuses, déchirées et saignantes, qui donnent lieu à l'écoulement de sang. Dans plusieurs faits dont j'ai déjà parlé ailleurs, j'ai constaté chez des personnes anémiques, par suite d'hémorrhagies du rectum, l'existence de petites excoriations sans doute compliquées de ruptures de vaisseaux, et qui lors des efforts laissaient écouler par un jet très-fort une quantité de sang considérable. Ailleurs, ce même moyen d'investigation permet de constater l'existence de lésions carcinomateuses qui sont la source des hémorrhagies.

7707. Le sang qui pendant la vie s'écoule des gencives et du pharynx présente parfois une teinte rouge vermeille, semblable à celle du liquide qui s'écoule des artères; il est même dans certains cas mélangé d'air et plus ou moins spumeux. Le plus souvent il n'en est pas ainsi, et le liquide dans les hémorrhagies gengivales est très-ordinairement mélangé de salive qu'il colore en un brun rouge et violacé. Cela est principalement vrai des gencives fongueuses, ulcérées, qui entourent les dents cariées ou le tartre dentaire devenu iné-

gal et très-dur. L'aspect de ce sang diffère fort peu, dans certains cas, de celui qui est rendu dans la pneumonitopyite, (n° 6924); il est fort important de tenir compte en diagnostic d'un semblable fait. L'hémorrhagie de la partie la plus reculée de la bouche et du pharynx est à l'état aigu très-analogue, quant aux caractères physiques du sang, à celle qui provient de l'angiaire (n° 6924), conduit dont cette région du tube digestif fait véritablement partie. Ce sang est en effet très-ordinairement mêlé d'air dont les bulles sont plus ou moins fines. La quantité de liquide formé dans les hémorrhagies stomatiques et pharyngiennes est en général assez peu considérable, bien qu'elle puisse quelquefois être fort abondante.

7708. Le sang provenant de l'estomac, s'il vient de s'écouler ou d'être exhalé au moment où il est rejeté, est rouge et même vermeil; il est au contraire noir s'il a séjourné pendant quelque temps dans le viscère; souvent il est alors semblable à du chocolat, à du marc de café plus ou moins épais (n° 7701). Sa quantité, très-variable, est parfois très-considérable, et les auteurs parlent de cas dans lesquels une masse énorme de ce liquide avait été expulsée en un temps très-court. Pour ma part j'ai vu rendre en une seule fois plusieurs verrées de sang noir dont la source était visiblement l'estomac. Bien entendu que ce sang peut être souvent mélangé avec des proportions variées des autres substances ingérées, exhalées, ou déposées dans l'estomac; dans les entérorrhagies dont la source est profondément placée au-dessus de l'anus, le sang est très-noir lors de son évacuation, et c'est surtout alors qu'il ressemble à de la *boue d'encre*. Si le liquide provient de très-loin, les fèces qui y sont mélangées sont colorées de la même teinte dans leur profondeur, et elles le sont seulement à leur superficie dans le cas contraire. Le sang qui s'écoule d'un point très-voisin de l'anus, et spécialement des hémorrhoïdes ou des fissures de la membrane muqueuse de la même partie, est parfois vermeil comme celui des artères; mais il est aussi noirâtre, ou même noir, lorsque, versé et accumulé ou remonté dans l'intestin, il y a séjourné, s'y est altéré, enfin a été évacué en une seule fois. La quantité de sang rendue par les selles est parfois énorme.

Palpation.

7709. La palpation des gencives, celle de la partie la plus reculée de la gorge et même du pharynx, le toucher du rectum, per-

ıettent de constater dans ces parties les ulcérations ou les ıımeurs qui peuvent y être les sources des hémorrhagies. Dans ertains cas, où j'étais incertain sur la question de savoir si des rachats provenaient du larynx ou du pharynx, il m'est arvé, en portant le doigt très-profondément vers des points limis de la gorge, de le retirer teint de sang, ce qui me prouvait ue le liquide ne provenait pas de l'angiaire, mais bien des parties ue je venais de toucher. La palpation du rectum y fait trouver des aillots sanguins, alors qu'ils sont accumulés dans cet intestin, et ermet ainsi d'y constater certaines lésions anatomiques qui euvent être les sources de l'hémorrhagie (nº 7760). La palation de l'estomac et des intestins à l'extérieur et pratiquée de ıçon à y rechercher la fluctuation, peut, dans certains cas, lorsque u sang et de l'air sont en même temps accumulés dans ces viscères, faire distinguer une sensation de flot ou de clapotement plus ou oins appréciable; mais il faut avouer que très-rarement on obtient n tel signe.

Plessimétrie.

7710. La plessimétrie de l'estomac et du gros intestin est bien utrement utile, et elle m'a servi dans plusieurs cas à constater ar la matité ou par le bruit hydraérique produit sur tel ou tel oint de l'angibrôme (nºˢ 7390, 7506), quel était le viscère dans equel le liquide s'accumulait, et approximativement dans quelle uantité il y était porté. Tantôt il s'agissait d'un cas douteux de gasorrhagie ou d'angiairrhagie, et la matité gastrique portait à croire ue c'était dans l'estomac que le sang était déposé; ce qui devenait vident lorsque le vomissement venant ensuite à se déclarer, le son e l'épigastre redevenait clair. Ailleurs, c'était un écoulement de sang ans le cœcum ou l'S iliaque, qui était constaté au moyen de la mat té ou du bruit humorique, et cela chez des sujets qui ne prenaient as d'aliments et dont les selles étaient sanglantes. Un des faits les lus remarquables de ce genre, dont je me ressouvienne, remonte aux remiers temps de la plessimétrie. M. Edwards, l'illustre auteur du ravail relatif à l'influence des agents physiques sur la vie, et dont la cience déplore la perte récente, me fit appeler pour constater uelle était la source d'une hémorrhagie anale très-abondante. La natité que je trouvai dans l'S iliaque et les colons me fit annoncer que le liquide était accumulé dans le gros intestin. Or, soit que la ercussion eût sollicité les mouvements de ces viscères, soit toute

autre cause, un moment après le malade sentit un besoin impérieux de défécation; il rendit une énorme quantité de sang, et les mêmes intestins qui un moment auparavant étaient mats à la plessimétrie, devinrent sonores et élastiques alors qu'on percuta de nouveau le ventre. L'importance de tels faits est trop évidente pour avoir besoin de commentaire.

Stéthoscopie.

7711. L'auscultation ne présente ici aucune application de quelque valeur. Cependant les mouvements exécutés par l'œsophage pour rejeter au dehors le sang contenu dans l'estomac donneraient lieu à quelques bruits propres à distinguer les vomissements produits par des hémorrhagies gastriques, de l'expectoration résultant de l'angiairrhagie.

Symptomatologie. Sensations.

7712. Presque jamais la douleur proprement dite n'accompagne les hémorrhagies dont les diverses parties du tube digestif peuvent être le siége. C'est même au moment où un sentiment pénible vient à se déclarer dans les parties où les écoulements sanguins ont lieu que l'ont voit ceux-ci s'arrêter. Toutefois l'existence d'une souffrance actuelle, ou la préexistence d'une douleur sur quelque point de la bouche, du pharynx et de l'estomac, de l'intestin ou de l'anus, sont des circonstances qui, rapprochées des autres symptômes, sont très-propres à faire reconnaître les points de départ de l'hémorrhagie. Sur des sujets qui rendaient par la bouche ou par l'anus du sang dont la source était douteuse, il m'est arrivé, en interrogeant le malade sur le lieu où la douleur se faisait principalement sentir, de remonter à la lésion qui causait cet accident. Des sensations variées, existant dans les diverses parties de l'angibrôme, accompagnent ou suivent les hémorrhagies qui y ont lieu. Pour la bouche, c'est un goût douceâtre, signalé par P. Franck, et qui est sans doute en rapport avec la présence du sang dans cette partie. Pour l'estomac, c'est un malaise indéfinissable, un sentiment de distension au moment où le sang s'accumule; ce sont des nausées, un dégoût extrême pour les aliments. Pour les intestins, ce sont des coliques en rapport avec le déplacement des matières; pour le rectum, c'est un besoin plus ou moins pressant et plus ou moins réitéré d'expulser les fèces, etc.

Mouvements.

7713. Les mouvements de déglutition sont fréquents dans les

morrhagies stomatiques et pharyngiennes; la toux se déclare avent dans de telles circonstances, ce qui est dû à ce que le liquide nd à pénétrer dans le larynx; de là aussi l'état spumeux que parfois liquide présente, et qui facilement en impose pour le sang qui pront de l'angiaire; la régurgitation, le vomisssement sont les conséences ordinaires de la gastrorrhagie considérable; ces vomissents, parfois faciles, sont ailleurs accompagnés d'efforts très-pénibles réitérés, qui causent une extrême anxiété, et jettent le malade dans découragement profond. Ils se succèdent parfois avec une exme rapidité et avec une persistance déplorable. On a cependant é des cas de gastrorrhagie dans lesquels les vomissements avaient é nuls, et où l'épanchement gastrentérique avait été si considérable e la mort était survenue. Les selles sont aussi, dans la gastrentérrhagie, plus ou moins fréquentes, et tantôt elles le sont plus que vomissements, tandis qu'ailleurs le contraire a lieu. Le nombre ces évacuations, dans un temps donné, n'est pas toujours prortionné à la quantité du liquide formé; et en général elles sont autant plus répétées que la source de sang est plus voisine de l'anus.

État des digestions.

7714. Dans les angibrômorrhagies peu considérables, la digestion ut encore s'accomplir, surtout dans les parties du tube alimentaire tres que celles où l'épanchemeut a lieu. Cette circonstance est à ter pour les cas chroniques dans lesquels l'hémorrhagie frappe le lade d'une anémie qui pourrait devenir promptement mortelle. outefois, il faut le dire, le plus souvent la mastication, la chymifition, la formation du chyle, la défécation, favorisent le retour des morrhagies, lorsqu'elles siégent dans les parties du conduit qui nt chargées de ces actes. La digestion du sang contenu dans stomac où l'intestin s'opère lorsque ce liquide n'est pas très-abonnt; mais cette digestion doit être toujours très-laborieuse, à en ger par les douleurs, les éructations ou les diarrhées qui souvent compagnent les gastrentérorrhagies. Quand l'épanchement est trèsnsidérable, alors la digestion du liquide accumulé ne se fait plus; devient un véritable corps étranger qui peut se décomposer, onner lieu à des produits fétides, et être une nouvelle sources d'accidents.

oubles dans la sécrétion biliaire et dans les organes circulatoires et respiratoires.

7715. On conçoit que, dans certains cas, des hémorrhagies ont

lieu, et que des hémoplasties se forment dans le duodénum et dans les voies biliaires; il doit y avoir alors des troubles dans le cours de la bile, et, partant, des accidents du côté du foie, tels que la cholémie (ictère), l'hépatémie (congestion du foie); c'est ce qu'on observe principalement dans la série d'accidents complexes dite fièvre jaune.

7716. Des symptômes très-variés se dessinent pendant les gastrentérorrhagies du côté du cœur ou du poumon; dans les premiers temps des hémorrhagies du tube digestif, surtout lorsqu'elles ne sont pas très-considérables, le cœur peut battre avec énergie, le pouls être assez fort, dur, médiocrement précipité, les veines peuvent être distendues et les capillaires colorés. Mais pour peu que la perte de sang soit portée loin, alors une anémie instantanée a lieu, et cela avec toute la série de phénomènes qui lui appartiennent. (Voy. le 3e volume.)

7717. Quand l'hémorrhagie gastrentérique étant peu abondante chaque jour, persiste pendant un temps considérable, les accidents qui se déclarent du côté des organes de la circulation ne sont pas complétement les mêmes. Alors, en effet, c'est l'hydrémie qui se déclare (voy. le troisième volume), dans laquelle le cœur conserve du volume, les gros vaisseaux et les capillaires sont remplis d'un sang très-aqueux et de couleur rosée.

7718. Dans les cas où les hémorrhagies gastrentériques ne sont ni abondantes ni répétées, et lorsque les digestions réparent les pertes journalières qui se font, aucun des symptômes précédents ne vient à se manifester.

7719. Avec les hémorrhagies chroniques des gencives, très-souvent coïncide un état particulier du sang (voy. le 3e volume) qui a reçu l'absurde dénomination de scorbut. Dans de tels cas (qu'il faut bien se donner de croire très-fréquents comme le font certaines personnes) il se manifeste souvent des hémorrhagies sous l'épiderme et sous le derme, ou dans les autres tissus de l'économie.

7720. Dans les pharyngorrhagies chez l'homme, et principalement chez la femme vers l'époque des règles, chez les gens sujets au hémorrhoïdes souvent saignantes, se déclare fréquemment une panhyperhémie (pléthore sanguine) concomitante.

7721. La respiration éprouve, dans les angibrômorrhagies, des altérations en rapport avec celles dont la circulation est le siége. I

st des cas dans lesquels le sang provenant du pharynx pénètre ans le larynx, et peut donner lieu à des angiairies variées. Il en st d'autres, bien plus tristes encore, où le liquide accumulé dans estomac et brusquement rejeté par le vomissement, entrant en rande quantité dans l'angiaire, ne peut pas en être expulsé assez ıt, et cause une anhématosie mortelle.

Troubles dans les fonctions du système nerveux.

1122. Le système nerveux ne donne lieu, dans les angibrômor-ıagies, à d'autres symptômes qu'à ceux qui sont en rapport avec ınémie ou les anencéphalémies (défaut d'abord du sang vers cerveau) qui résultent de la perte du sang; seulement, dans les raves hémorrhagies gastrentériques, le malade éprouve un trop iste sentiment de terreur qui est sans doute pour quelque chose ıns la pâleur et dans les défaillances qu'il éprouve.

Marche des hémorrhagies angibrômiques.

1123. La marche des accidents qui viennent d'être décrits varie finiment, et les tableaux qui en ont été tracés par les auteurs, vrais our quelques cas, ne le sont pas pour une foule d'autres. L'invasion st parfois brusque et instantanée; d'autres fois, surtout pour la gas-orrhagie, elle est précédée : de frissons et de tous les prodrômes des aladies aiguës; d'un malaise général; de symptômes de panhyper-ımie; des suppressions ou du retard dans les écoulements san-ıins habituels. Les règles précèdent ou accompagnent souvent la ıaryngorrhagie ou des hémorrhoïdes fluantes.

1124. Les écoulements de sang par les gencives, quelques-uns de ux qui ont lieu par l'anus, se manifestent peu à peu et lentement; si l'on ne vient pas à y remédier, ils persistent d'une manière in-finie. Les angibrômorrhagies, autres que celles qui sont produites r une simple exhalation, sont fréquemment précédées de symp-mes locaux et généraux en rapport avec les cancers, les ulcéra-ıns, les tumeurs de l'estomac ou du rectum. Une fois déclarés, les ıénomènes qui ont été signalés précédemment se succèdent ou se olongent de la façon la plus irrégulière; et tandis qu'on a vu des s où l'hémorrhagie gastrique avait si peu de durée et tant de gra-é qu'elle faisait périr en un demi-heure (ainsi que je l'ai observé ns un cas), il s'en est trouvé d'autres où les accidens se prolon-aient à un faible degré pendant des semaines, des mois, des années.

7725. L'ordre d'apparition des accidents est loin encore d'être toujours le même ; et tandis que dans la gastrentérorrhagie, il arrive ordinairement que les symptômes généraux, puis les vomissements de sang, existent avant les évacuations de matières noires par les selles, on voit ailleurs les flux de liquides sanglants par l'anus précéder le mal. Il est certains cas où celui-ci se dissipe d'une manière heureuse, rapide et complète, sans laisser après lui d'accidents ; et ailleurs, il est suivi des symptômes en rapport avec les diverses lésions dont l'hémorrhagie a été l'accident. Très-fréquemment chez la femme on voit survenir, lors de la disparition des angibrômorrhagies par exhalation, l'écoulement des règles qui avait été supprimé ou avait mal coulé. Pour peu que les hémorrhagies dont nous parlons soient graves et prolongées, elles sont suivies d'une pananémie qui ne se dissipe que lentement et avec la plus grande difficulté. Souvent le mal ne s'arrête qu'au moment où la douleur se prononce dans les parties qui en ont été le siége.

7726. Très-souvent les angibrômorrhagies, après s'être dissipées, ont la plus grande tendance à se reproduire. Soit que les lésions locales qui les causaient, durant encore après leur disparition, les aient ramenées, soit que l'état général de l'organisme qui leur a donné naissance, ait persisté, il est tout naturel que les mêmes circonstances ramènent les mêmes effets. Aussi est-ce à des époques assez régulières, et en quelque sorte périodiques, que l'on voit souvent, chez la femme, récidiver les hémorrhagies dont il s'agit ; c'est surtout immédiatement avant, pendant ou même après l'époque ordinaire de la menstruation, que les hémorrhagies pharyngiennes et même gastriques se déclarent. Aussi voit-on chez les hommes très-pléthoriques, et dont la circulation générale ou abdominale est gênée par un gros ventre, par le refoulement du diaphragme et par la constipation, être sujets, d'une manière presque périodique, aux écoulements hémorrhoïdaires.

7727. On a assigné divers caractères aux angibrômorrhagies qu'on a désignées par les épithètes suivantes qui se rapportent à plusieurs des variétés de marche qui viennent d'être signalées. On a admis en effet qu'il en existait d'idiopatiques, de symptomatiques, de critiques, d'épidémiques (Hoffmann), de périodiques, etc. Et en effet, on a cité des cas dans lesquels les hémorrhagies dont il s'agit avaient plus ou moins mérité ces dénominations.

Pronostic.

1128. Le pronostic des angibrômorrhagies découle trop naturellement des considérations précédentes et de celles qui vont suivre pour qu'il soit utile d'y insister ici. Sa gravité est subordonnée à celle des états organopathologiques qui causent l'écoulement de sang.

1129. Les hémorrhagies gastrentériques consécutives aux cancers sont presque toujours funestes; aussi voit-on les médecins de tous les temps regarder *la maladie noire* comme une affection des plus graves, et le plus souvent mortelle. Les hémorrhagies angibrômiques, produites par exhalation, sont bien loin d'être aussi dangereuses, et très-souvent on les voit se dissiper d'une manière complète et facile. J'ai vu une jeune dame éprouver, à deux reprises, des vomissements répétés et des selles abondantes de matières noires en quantité énorme (plusieurs litres en peu de jours), et cependant guérir d'une manière parfaite; lorsque la menstruation vint à se rétablir convenablement, le mal ne reparut pas; depuis dix ans, cette dame jouit de la plus parfaite santé. Lorsqu'une anomohémie, telle que la pléthore sanguine, la toxémie de la fièvre jaune, ou l'altération du sang, dite scorbut, sont les causes des angibrômorrhagies, le pronostic de celles-ci se compose et de celui qui se rapporte aux accidents de la perte du sang, et du pronostic de ces anomohémies elles-mêmes. Dans les hémorrhoïdes, il faut tenir compte encore, pour le jugement qu'on porte sur ce qui doit arriver, de la pléthore qui les cause, les lésions locales qui existent et des conséquences directes de l'écoulement de sang.

Caractères diagnostiques des diverses angibrômorrhagies.

1130. Résumons en quelques mots les caractères diagnostiques des diverses angibrômorrhagies, afin que le tableau qui en résultera, étant rapproché de ceux qui auront été établis ailleurs sur les hémorrhagies ayant leur siége dans d'autres organes, on puisse distinguer nettement ces affections les unes des autres.

1131. La *stomatorrhagie* se reconnaît par une inspection attentive des parties d'où le sang s'écoule. Il en est ainsi de la *pharyngorrhagie;* seulement pour les points du pharynx profondément placés, cette inspection n'est plus suffisante; mais ici le sang, qui est généralement rouge et rarement écumeux, est rendu par régurgitation. Il n'y a que peu ou point de toux, et l'auscultation qui fait entendre des ronchus dans le pharynx n'en découvre point dans l'angiaire. S'il arrive que le sang avalé, puis accumulé

dans l'estomac, soit ensuite vomi, alors, dans l'intervalle de ces vomissements, la simple régurgitation fait encore ramener en abondance un liquide rouge de la gorge. Si l'on fait fortement pencher la face en avant, le sang sort par la bouche et non pas par les narines. *Dans la gastrorrhagie*, c'est exclusivement par le vomissement qu'un liquide parfois rouge, souvent noir, est rejeté; la plessimétrie fait trouver ce liquide dans l'organe où il s'accumule; l'épigastre reste sonore après le vomissement; lorsque celui-ci s'opère, on entend par l'auscultation dans l'œsophage (région dorsale ou cervicale) des bruits en rapport avec cet acte, tandis qu'aucun râle ne peut être saisi dans l'angiaire. Un bruit de flot par la succussion du tronc ou par sa palpitation, peut aussi se rencontrer dans l'estomac. *Dans les entérorrhagies*, les selles contiennent du sang rouge, et bien plus fréquemment du sang noir. Un sentiment d'empâtement, reconnu par la palpation, et surtout de la matité ou du bruit hydraérique dans les organes où le sang s'accumule, sont observés, et indiquent parfois, approximativement, le lieu où l'hémorrhagie s'opère. Dans la *rectorrhagie*, l'inspection attentive de l'anus et de la membrane muqueuse rectale (que l'on fait saillir au dehors par des efforts de défécation ou par des tractions sur la peau du pourtour de l'anus), ou encore l'examen le plus scrupuleux du rectum à l'aide d'un spéculum, la palpation de ces parties, sont les principaux moyens de reconnaître les lésions dont il s'agit (1).

Etiologie. Pathogénie.

7732. Nous avons établi dans notre travail sur l'influence de l'hérédité dans les maladies (2) que les circonstances d'organisation se transmettent des parents aux enfants; or, toute disposition de structure qui pourra causer les hémorrhagies angibrômiques sera dans ce cas. C'est en ce sens que les écoulements de sang qui nous occupent peuvent être héréditaires. Les auteurs ont cité des faits nombreux à ce sujet. Bien que les gens de toutes les constitutions, de tous les âges et des deux sexes soient parfois atteints d'angibrômorrhagies, on a noté ici plusieurs faits qu'il est bon de ne pas oublier. Ainsi les hommes à gros ventre sont assez sujets aux écoulements de sang par les hémorrhoïdes; cependant ces phénomènes ont le

(1) Voyez les articles : rhinorrhagie (5683), angiairrhagie (5683), pneumorrhagie (6155), aorto-clasie (rupture de l'aorte), etc.

(2) Chez J. B. Baillière, rue de l'École de Médecine, n. 17.

plus ordinairement lieu chez des gens d'une structure maigre, sèche, à système nerveux très-dilaté, chez ceux enfin que M. Réveillé-Parise regarde comme constituant le prototype du tempérament mélancolique.

7733. On dit aussi que les personnes dont la face est blême et le visage bouffi sont plus que d'autres disposées à la gastrorrhagie; cet aspect de la face est souvent le résultat de ce mal, plutôt qu'il n'indique une disposition à le contracter. Chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants, les hémorrhoïdes sont aussi très-fréquentes. Dans les quinze premières années de la vie, les gastrentérorrhagies sont très-rares. Les femmes vers l'époque de la puberté, surtout lorsqu'elles sont très-pléthoriques et lorsque les règles s'établissent avec peine, sont très-souvent atteintes de pharyngorrhagies que l'on a fréquemment prises pour des hémorrhagies dont l'angiaire était le point de départ. Ces écoulements de sang par la gorge sur les jeunes filles ou chez les femmes, au moment où elles attendent leurs règles, n'ont rien d'inquiétant, et cessent tout d'abord que le flux utérin s'établit; parfois le même accident se déclare au moment où l'évacuation menstruelle vient de s'arrêter. Passé l'âge critique, il est peu commun de voir survenir des hémorrhagies pharyngiennes. Rarement observe-t-on chez les jeunes filles des gastrorrhagies. Passé vingt-cinq à trente ans, et jusqu'à cessation des règles et peut-être d'autant plus fréquemment que l'on approche davantage de cette période de la vie, on voit quelquefois survenir des hématémèses plus ou moins considérables. Je pourrais citer quelques faits de ce genre terminés heureusement, qui augmenteraient le nombre de ceux qui ont été mentionnés par les auteurs. Chez l'homme, les gastrentérorrhagies sont plus rares, et quand elles se manifestent dans ce sexe, elles ont plus de gravité.

Saisons. — Climats.

7734. Les époques de l'année dans lesquelles on observe le plus fréquemment les gastrentérorrhagies sont celles dans lesquelles la température est la plus élevée. Cette proposition, vraie pour les cas où il s'agit de simples exhalations, cesse de l'être pour les faits beaucoup plus nombreux où l'hémorrhagie gastrique est la conséquence de carcinômes. L'écoulement de sang qui s'observe dans la toxicholémie (fièvre jaune) n'a eu lieu jusqu'ici que dans des latitudes dont la température est élevée. Mais il s'agit ici d'un poison spécial qui cause la lésion gastrentérique. C'est encore dans les saisons, dans

les climats chauds, que se voient le plus grand nombre de vomissements de sang idiopathique et d'hémorrhagies des gros intestins. Dans les cas où les angibrômorrhagies sont les résultats d'une diminution dans l'action circulatoire, on voit que les saisons et les climats où règnent le froid et l'humidité semblent favoriser l'écoulement de sang ; c'est ce qui a lieu spécialement pour certaines hémorrhagies des gencives ou même des autres parties de l'angibrôme (hémorrhagies scorbutiques), dans lesquelles un sang noir et liquide est abondamment rendu en même temps que des ecchymoses ont lieu sur divers points du derme ou du tissu cellulaire.

Professions. — Manière de vivre.

7735. Les professions, la manière de vivre, influent sur la manifestation des angibrômorrhagies. Cette influence est complexe et résulte manifestement de toutes les causes isolées qui agissent dans chacune de ces professions ou de ces façons de diriger sa vie ; c'est ainsi que la pesanteur favorise chez les gens qui restent longtemps assis, tels que les hommes de cabinet, l'invasion des hémorrhoïdes, tandis que ceux qui, comme les marins, se trouvent parfois longtemps exposés au froid humide et à une nourriture peu substantielle et non végétale, sont plus que d'autres soumis aux hémorrhagies scorbutiques.

Causes déterminantes.

7736. Les hémorrhagies angibrômiques par solution de continuité dépendent évidemment de causes physiques. Le tartre, les saillies inégales et pointues formées par les dents, des pressions exercées par des corps étrangers, etc., peuvent déterminer des écoulements de sang par les gencives, par la bouche et par le pharynx. Ce dernier organe et l'œsophage sont quelquefois le siége d'une dilacération et par suite d'une légère hémorrhagie lorsque des corps aigus viennent à être avalés. Pierre Franck parle d'un petit os de mouton qui, porté dans l'estomac, causa et entretint une hématémèse mortelle. Le même auteur assure que des aiguilles, des fragments de verre, des lombrics, des ténias, ont donné lieu à des gastrorrhagies. On a accusé les poisons corrosifs, les émétiques et les purgatifs âcres, d'avoir corrodé le tube digestif et d'avoir ainsi causé des écoulements de sang. Des coups portés sur l'épigastre, comme cela est arrivé dans un cas rapporté par M. Tacheron, ont déterminé une hématémèse. Les contusions de l'abdomen ou du siége peuvent donner lieu à des hémorrhagies entériques ou du rectum. Quand des tumeurs fon-

gueuses ou carcinomateuses, des ulcères ou des anévrysmes, ont lieu dans les diverses parties de l'angibrôme, alors des causes physiques très-légères peuvent occasionner des ruptures vasculaires et des hémorrhagies, tandis qu'elles seraient insuffisantes pour les produire si ces organes étaient sains.

Obstacles mécaniques au cours du sang.

7737. Les écoulements de sang par filtration peuvent avoir lieu dans l'angibrôme, par suite d'un obstacle quelconque survenu dans la circulation veineuse; tantôt il s'agit de quelque sténosie cardiaque ou aórtique, tantôt de quelque tumeur, d'un développement du ventre, d'une hypertrophie du foie comprimant les grosses veines abdominales, et déterminant des ectasies vasculaires dans l'angibrôme; de là un suitement de sang à travers les vaisseaux angibrômiques situés en deçà de ces obstacles. Ailleurs, un sang moins plastique qu'à l'ordinaire, comme il paraît que cela a lieu dans quelques cas de scorbut et dans la toxicholémie (fièvre jaune), vient à s'échapper des porosités vasculaires du tube digestif.

Causes des angibrômorrhagies par exhalation.

7738. Les hémorrhagies angibrômiques produites par une véritable exhalation peuvent être le résultat de la panhyperhémie, et de toutes les circonstances qui lui donnent lieu. De ce nombre sont : une alimentation succulente et abondante, le repos, la suppression de pertes de sang habituelles et devenues en quelque sorte un besoin de l'économie, etc. Une augmentation dans l'action du cœur et par conséquent dans son volume, en même temps que les orifices sont libres, est encore une cause d'hémorrhagie angibrômique. Les impressions morales vives, en excitant ou en troublant d'une part les mouvements du cœur, et en modifiant de l'autre l'action nerveuse de l'estomac ou des intestins, peuvent favoriser ou déterminer l'invasion des hémorrhagies gastrentériques.

7739. Il est, du reste, un grand nombre de circonstances qui favorisent l'invasion ou la durée des angibrômorrhagies survenues soit par rupture, soit par transsudation, soit par exhalation. Ce sont, par exemple, la gêne de la respiration et de la circulation, les efforts, les mouvements très-violents et surtout la pesanteur ; celle-ci joue un rôle très-important à noter dans la production des hémorrhoïdes et des écoulements de sang qui ont lieu soit par ces tumeurs, soit par la partie inférieure du rectum.

Théorie de la formation des hémorrhoïdes; leur degré d'utilité.

7740. A l'extrémité inférieure du rectum, tout se réunit pour que les tumeurs dont il s'agit se forment et deviennent le siége d'hémorrhagies: d'une part, l'extrémité de l'intestin est très-riche en vaisseaux, de l'autre, elle est située inférieurement au tronc et mal soutenue, surtout lorsque les sphincters sont un peu relâchés; de plus, les matières stercorales, volumineuses et endurcies, gênent souvent le retour du sang veineux qui provient des environs de l'anus. Ajoutez que les efforts de défécation déterminent des congestions mécaniques vers ces parties; que le passage des matières les comprime, les blesse, les déchire; qu'immédiatement après l'excrétion, la partie déclive de la membrane muqueuse, avant d'être entraînée en haut par le releveur de l'anus, se trouve fortement comprimée par les anneaux musculeux, situés alors au-dessus d'elle, et vous aurez les principales circonstances qui expliquent la fréquence des écoulements de sang par l'extrémité inférieure du rectum.

7741. Ces idées et ces explications sont aussi claires et aussi positives que sont obscures et douteuses les opinions et les hypothèses que l'on s'était faites sur une certaine diathèse ou constitution hémorrhoïdaire à laquelle on faisait jouer un rôle immense dans la pathologie de l'homme adulte et même du vieillard. Individualisant les hémorrhoïdes, oubliant qu'elles étaient une maladie du rectum, on les supposait abstractivement exister en germe dans l'économie; ou si ce n'étaient pas elles, c'était au moins la disposition à les contracter. Confondant les effets des pertes de sang qu'elles causent ou des douleurs qu'elles produisent avec le mal local lui-même, on formait du tout l'être pathogénique le plus faux et le plus incompréhensible. On ne se rendait pas raison des phénomènes observés et des prédispositions qu'on admettait, par la manière dont s'accomplissaient la circulation et la respiration, ni par les troubles que le cours du sang peut éprouver dans l'abdomen. On avait imaginé je ne sais quel agent hémorrhoïdaire, quel être indéfini, quel protée fantatisque qui, à l'occasion, causait, soit le flux de sang par le rectum, soit des tumeurs à l'anus, soit enfin des affections très-dissemblables entre elles, ayant leur siége dans toutes les parties de l'économie. De là, ces explications sur l'utilité des hémorrhoïdes ou du flux hémorrhoïdal, sur leur suppression suivie de phlegmasies ou de lésions les plus disparates; de là, les tentatives des médecins anciens à l'effet de reproduire les hémor-

rhoïdes ou même de les provoquer, lorsque déjà la prédisposition supposée n'avait pas trouvé l'occasion de se manifester.

7742. De telles idées ne sont plus de notre temps, et ne s'accordent en rien avec les notions que l'on possède sur l'organisme. Sans doute, le flux du sang qui a lieu chez certains hommes à l'anus, peut remédier parfois à la pléthore ou soulager tel trouble de circulation dans le cœur, les poumons le foie ou l'abdomen; mais cela ne prouve pas que la lésion propre aux hémorrhoïdes soit en elle-même utile. Elle ne l'est certainement pas, et il vaut mieux tirer du sang de toute autre manière que de provoquer l'apparition de tumeurs à l'anus. Celles-ci, en effet, outre les douleurs et les incommodités qu'elles causent, déterminent souvent des phlegmasies, des abcès, des fissures, des fistules, des cancers au voisinage des parties où elles ont leur siége, et il faut chercher à les guérir toutes les fois qu'il est possible de le faire.

Théories sur les angibrômorrhagies.

7743. Nous nous donnerons garde de parler en détail de toutes les théories anciennes ou modernes qui ont été données des hémorrhagies angibrômiques. On ne sait pas le moins du monde quelle est la disposition des ouvertures vasculaires qui, par exhalation, livrent passage au sang, et tout ce qui a été dit sur ce sujet est complétement hypothétique.

7744. Les idées que l'on s'est formées sur les altérations de sensibilité dont peuvent être le siége les bouches exhalantes ne sont pas plus positives que ne le sont les explications relatives au spasme, à l'irritation hémorrhagique, à la révulsion, à la dérivation, etc.; ce sont là des mots mal définis qui n'ont été que trop souvent substitués aux choses. On a admis qu'une sorte de puissance cachée, qu'une force, qu'un principe vital, que la nature médicatrice provoquaient, réglaient et dirigeaient les hémorrhagies en général, et celles du tube digestif en particulier; mais ce sont encore là des explications qui ne sont en rapport qu'avec un certain ensemble de faits dont les éléments ont été le plus souvent mal étudiés.

7745. Pour comprendre la manière dont les hémorrhagies angibrômiques se déclarent, il faut jeter un coup d'œil d'ensemble sur les organes, sur la manière dont s'exécutent les fonctions, et notamment la circulation, la respiration, et la progression du sang dans les vaisseaux de l'abdomen. Supposons, par exemple, chez une femme, un cas de panhyperhémie porté très-loin; il y aura alors

tendance à ce que le sang, en excès, et par suite du trop plein de l'appareil circulatoire, s'écoule par quelque organe dont la structure vasculaire sera nomalement ou pathologiquement telle qu'une transsudation y soit plus facile qu'ailleurs. Or, s'il arrive que la matrice ne soit pas encore assez développée pour que le sang s'échappe aisément de ses capillaires, ou si une lésion quelconque produit le même effet, alors une hémorrhagie se fera par le pharynx ou par les amygdales très-riches en vaisseaux, et cela durera tant que la pléthore persistera. Aussitôt que l'utérus sera mieux organisé ou mieux disposé pour l'évacuation sanguine, l'écoulement se fera par cette voie et non plus par l'arrière-bouche, moins apte alors que l'utérus à l'hémorrhagie. Des considérations du même genre sont applicables à certaines gastrorrhagies, aux hémorrhoïdes, etc., et ces données générales ne devront jamais être oubliées dans le traitement de ces affections. Nous reviendrons bientôt, à l'occasion des phlegmasies angibrômiques, sur plusieurs questions relatives à la théorie des hémorrhagies gastrentériques.

Hémorrhagies angibrômiques en rapport avec certaines qualités du sang.

7746. Il paraît évident, d'après un très-grand nombre de faits, que certaines qualités du sang peuvent être les causes principales de quelques hémorrhagies angibrômiques. Ainsi l'on voit fréquemment survenir des ecchymoses, des exhalations sanguines audessous de la peau et à la surface des parois de diverses cavités, en même temps qu'il s'en déclare dans l'angibrôme. Dans de telles circonstances, on rencontre souvent tous les caractères assignés à l'aplasticohémie (scorbut). La théorie de ces faits est facile à comprendre ; car si le sang est peu plastique, si le sérum est très-liquide, le sang aura une grande facilité à s'échapper à travers les ouvertures des vaisseaux. Seulement il arrive, relativement à la manifestation de l'hémorrhagie vers tel ou tel point, que des causes physiques et mécaniques accessoires viennent à agir sur une partie déterminée et mettent ainsi en action une cause générale préexistante.

Thérapeutique ; cas où la médecine expectante convient.

7747. Les hémorrhagies angibrômiques occupent des organes si divers, et sont tellement différentes entre elles, que les règles thérapeutiques qui conviennent aux unes ne sont pas applicables aux autres. Il en est qui réclament tout d'abord le traitement le plus énergique, tandis que d'autres, au contraire, doivent être à peu près abandonnées à elles-mêmes; car, n'ayant aucune gravité, elles

se dissipent spontanément. Ce n'est pas une chose facile que de dire les cas dans lesquels il faut agir et ceux où il faut se borner à faire la médecine dite expectante. C'est la connaissance générale de l'état où se trouvent les organes et les liquides du malade; c'est le jugement que les faits d'ensemble et de localisation conduisent à porter sur les conséquences du mal, qui dirigeront relativement au degré de vigueur que l'on doit mettre dans le traitement.

7748. On peut établir à ce sujet les propositions suivantes: Quand une hémorrahgie *peu abondante* occupe une partie circonscrite de l'angibrôme dans laquelle ne se passent pas les phénomènes les plus importants de la digestion ; quand cette hémorrhagie est liée à un état panhyperhémique dont elle peut amener l'heureuse solution; quand elle ne se prolonge pas ; quand, à mesure qu'elle dure, la position du malade s'améliore ; quand elle ne remplace pas d'une manière fâcheuse l'évacuation menstruelle ; quand enfin les connaissances acquises sur la marche de la maladie, ainsi que les analogues avec d'autres cas observés, font croire à la cessation prochaine de la perte de sang, alors non-seulement il serait inutile d'agir, mais ce serait même dans quelques cas une faute que de le faire. C'est ainsi, par exemple, que chez des femmes à l'approche de leurs règles ou lorsque celles-ci ont incomplétement coulé, on voit survenir de légères pharyngorrhagies que l'on peut et que l'on doit sans crainte abandonner à elles-mêmes. On respectera aussi, à l'âge critique, ces flux hémorrohïdaux qui remplacent chez quelques sujets pléthoriques et pour un certain temps, la menstruation qui doit bientôt cesser de s'accomplir. Quand il survient encore un écoulement de sang par l'anus ou par la gorge, chez des sujets atteints de fièvre graves, de phlegmasies, etc., *dans lesquelles des saignées générales ou locales seraient indiquées*, certes, cette hémorrhagie spontanée est préférable à celle que l'on pourrait faire pratiquer au malade. C'est dans les sens précédents qu'il faut prendre ce que Stahl, Barthez, Portal, Pinel, Delatour, Lordat et tant d'autres ont écrit sur les hémorrhagies critiques que l'on a dit, sans s'étayer assez sur l'observation, être susceptibles de se déclarer à des jours plus ou moins fixes.

7749. A part ces cas et quelques autres du même genre que l'on pourrait citer, il faut combattre avec soin les angibrômorrhagies, et les moyens qui conviennent dans de tels cas sont des plus variés.

Il faut tenir compte des causes des hémorrhagies angibrômiques.

7750. Il faut *d'abord tenir compte des causes qui ont produit l'hé-*

morrhagie, et surtout de celles qui, continuant à agir, entretiennent le mal. Cette règle de pratique est d'une importance extrême; il sera facile de l'appliquer en se rappelant ce qui vient d'être dit sur l'étiologie et la pathogénie du mal, et sur les circonstances qui donnent lieu à l'écoulement de sang. Que ces causes tiennent à des lésions organiques de l'angibrôme, de l'angiaire ou de l'appareil circulatoire, qu'elles dépendent de circonstances physiques ou mécaniques saisissables, qu'elles soient en rapport avec l'air, la localité, le régime ou les maladies concomitantes, toujours est-il que la soustraction de ces modificateurs est la première indication qui se présente; c'est à la sagacité du médecin à faire aux cas particuliers l'application de ce grand principe.

Régime.

7751. Le régime qu'il convient de prescrire dans les angibrômorrhagies doit varier en raison de leur siége et de leur nature. L'exécution de chaque acte dont sont chargées les diverses portions du tube digestif, favorise l'écoulement de sang dont ces parties sont actuellement le siége. De là résulte, dans de tels cas, la nécessité soit de suspendre l'alimentation, soit de la diriger de telle sorte que l'on évite les circonstances principales qui peuvent entretenir la perte du liquide. Celle-ci a-t-elle lieu par les gencives? on évitera la mastication, surtout celle exécutée sur des corps durs. Est-ce le pharynx qui en est le siége? il faut encore que la déglutition ne s'exerce que sur des liquides. L'estomac est-il atteint d'une hémorrhagie? on doit en général soumettre le malade à la diète absolue; car le travail de la digestion stomacale détermine un afflux de sang considérable vers cet organe, et favorise en conséquence le retour du mal. C'est surtout quand il s'agit de cas aigus que cette règle pratique est applicable. Elle souffre des exceptions à l'état chronique; s'il s'agit en effet d'une gastrorrhagie qui, peu considérable, épuise lentement le malade, il peut devenir indispensable, pour prévenir une anémie excessive, de donner des aliments; alors ceux-ci doivent être peu excitants, très-nutritifs, faciles à digérer, accordés en petite quantité à la fois, donnés à une température basse. Ils participeront le plus possible de la nature des médicaments que l'on croit être les plus propres à arrêter l'hémorrhagie. Des crèmes, des fécules, celle de riz sucrée, l'albumine, les jaunes d'œufs, pris froids ou même glacés, sont des aliments qui remplissent assez bien les indications précédentes. Ce

n'est qu'avec beaucoup plus de circonspection qu'on peut permettre des viandes blanches, du pain, et à plus forte raison les chairs d'animaux adultes. Dans les convalescences des gastrorrhagies, il faut être aussi d'une grande prudence relativement à la qualité des aliments qu'on donne; seulement on doit se donner garde alors de soumettre trop longtemps le malade à une diète sévère; car il est souvent très-utile de le relever de l'anémie dans lequel il est tombé, et ce n'est pas par des médicaments, mais bien par le régime, qu'on remédie à celle-ci. J'ai vu exagérer de beaucoup l'abstinence, soit dans des cas chroniques et incurables d'hémorrhagies gastriques, soit chez des femmes débiles; j'ai même vu, chez une de celles-ci, l'écoulement s'arrêter seulement lorsqu'on donna des aliments froids à cette jeune malade.

7752. Il se peut faire, dans des cas où le mal serait à un état très-chronique, que des aliments excitants et contenant des astringents ou des substances qui, telles que l'alcool ou le tannin, sont susceptibles de coaguler l'albumine, aient un avantage réel; mais, pour moi, cette idée n'a pas été consacrée par la pratique, et je n'en parle que théoriquement.

7753. Les entérorrhagies exigent des moyens de régime analogues à ceux qui conviennent dans les hémorrhagies gastriques; toutefois il est ici une remarque importante à faire : la digestion s'accomplit principalement dans l'estomac et dans l'intestin grêle; et cependant les gros intestins sont plus fréquemment que le jéjunum ou l'iléon le siége d'écoulements de sang. D'ailleurs, des aliments très-nutritifs, administrés en petite quantité à la fois, donnés surtout à des gens épuisés par des pertes de sang, sont en très-grande partie résorbés, et forment peu de résidu; aussi avec un tel régime doit-il parvenir peu de fèces dans le cœcum. La conséquence de cette réflexion est que, dans des hémorrhagies du gros intestin, on peut souvent permettre, plus que dans les gastrorrhagies, des aliments nourrissants; il faut même prescrire ici de préférence les substances dont la digestion s'accomplit plutôt dans l'estomac que dans les intestins grêles, tels que les bouillons concentrés, les gelées de viandes, les œufs, etc.

7754. Les hémorrhagies de la partie inférieure du rectum sont fort souvent causées et entretenues par la dureté des fèces et par les déchirures ou par les éraillements que déterminent les matières dans la membrane muqueuse de l'anus, lors de leur passage à travers

cette ouverture. Il en résulte qu'il faut, dans des cas pareils, choisir pour aliments ceux qui d'une part produisent peu de résidu, et qui de l'autre laissent à ceux-ci un certain degré d'humidité. C'est en ce sens que les viandes de jeunes animaux, de veau par exemple, qui contiennent de la gélatine, c'est ainsi que certains herbages ou certaines pulpes de fruits (l'oseille, les pruneaux) peuvent avoir ici de l'utilité. Si ces moyens ne suffisent pas pour donner aux selles le degré de mollesse désirable, alors on peut faire prendre avec les aliments quelque substance légèrement purgative, et cela dans l'intention d'obtenir le même effet.

Boissons.

2755. Les liquides tièdes et purement aqueux, qui sont portés dans la bouche, ou dont on se sert comme gargarismes dans les hémorrhagies stomatiques et pharyngiennes, favorisent en général l'écoulement du sang, et servent seulement comme moyens de lotions. Les boissons contenant en dissolution des substances acides (les acides : acétique, citrique, sulfurique, etc.) ou astringentes (l'alun, le tannin, etc.), arrêtent parfois assez promptement l'écoulement de sang. On remarque en général qu'elles produisent cet effet, surtout lorsqu'elles causent de la douleur, ou au moins un sentiment de picotement dans les parties qui sont le siége de l'hémorrhagie. Ces faits conduisent à des applications utiles à la thérapeutique des gastrorrhagies. Donner abondamment des tisanes tièdes dans des cas pareils, c'est évidemment faciliter l'hémorrhagie ; les faire prendre fraîches serait plus indiqué, si n'était que, bientôt réchauffées dans l'estomac, elles y agissent alors à la façon de l'eau tiède ; le seul moyen de les maintenir à une basse température, est de faire prendre au malade à chaque instant de petits fragments de glace. On ne comprend pas, en vérité, comment il se fait que les médecins prodiguent, souvent sans réflexion, les boissons aqueuses dans les cas de gastrorrhagie ; bien souvent il est, au contraire, indiqué de priver entièrement les malades de ces mêmes liquides, fussent-ils pris à une température basse. C'est là un des meilleurs moyens d'arrêter l'hémorrhagie ; quand on donne de l'eau froide dans de tels cas, il faut en administrer de très-petites quantités à la fois. Si le malade souffrait de la soif, on pourrait avoir recours avec succès soit à des injections chaudes et répétées dans le rectum, ou même à des bains de siége chauds, soit à la respiration de la vapeur d'eau, etc.

2756. Les entérorrhagies ayant presque toujours lieu dans une

portion très-reculée de l'intestin, et les boissons étant absorbées bien ıvant d'y parvenir, on peut, dans de tels cas, avoir recours sans grands inconvénients aux boissons aqueuses. Quant aux hémor-hagies par le rectum (1), ces mêmes boissons ne peuvent agir en général que par leur introduction dans la circulation. Faisons à cette occasion une dernière remarque : c'est que dans les pertes de sang rès-abondantes, et surtout à leur suite, il est utile d'introduire par une voie quelconque et par celle où il y a le moins d'inconvénients à e faire, une quantité suffisante d'eau dans l'appareil circulatoire. Le out que l'on se propose, en agissant ainsi, est de remplacer par ce iquide le sang perdu, en attendant que l'on puisse le réparer beau-coup mieux par une alimentation convenable. Ajoutons cependant que pour certaines hémorrhagies dans lesquelles le sang paraît dé-pourvu de toute plasticité, telles que celles auxquelles on donne le om de scorbutiques, il y aurait beaucoup d'inconvénients à porter insi dans l'appareil circulatoire une grande quantité d'eau.

Position du malade.

7757. Dans toute hémorrhagie que l'on veut arrêter et dans celles e l'angibrôme en particulier, il faut placer la partie qui en est at-teinte dans une position telle que la pesanteur y rende l'abord du ıng plus difficile. S'il s'agit de la bouche et du pharynx, la tête ra tenue élevée (à moins cependant que des anencéphalémies se éclarent); la même position est jusqu'à un certain point applicable ıx gastrorrhagies et aux entérorrhagies; seulement il pourrait être ıcore plus utile de placer le malade dans la supination et sur un an incliné, de façon à ce que les extrémités soient fortement abais-es et que la tête elle-même soit située le moins haut possible. Dans s hémorrhagies du rectum, il pour radevenir utile, comme cela est rivé dans quelques cas observés par moi, de faire placer le corps ı malade sur le ventre, de sorte que le bassin reposant sur un cous-ı élevé, le siége se trouve ainsi placé beaucoup plus haut que les .tres parties du corps. Cette position aurait surtout de l'avantage ns des cas d'anémie encéphalique, suite d'énormes pertes de sang; e est même utile pour calmer les congestions et les douleurs dont ; hémorrhoïdes sont souvent le siége.

Respiration ; air pur ; grandes inspirations.

7758. Dans la plupart des cas d'angibrômorrhagies, il est utile

(1) Les considérations précédentes sur les boissons sont aussi en grande partie plicables aux liquides qu'on peut porter dans le rectum.

de faire respirer un air pur et de chercher à favoriser par de grandes inspirations les circulations pulmonaire et cardiaque Toutes les fois, en effet, qu'un obstacle quelconque dans les centres respiratoire ou circulatoire, coexiste avec une hémorrhagie, il la favorise et en augmente de beaucoup la gravité; de là vient qu'on trouve des cas dans lesquels l'action d'un air sec, frais et salubre, a eu la plus heureuse influence sur la cessation des hémorrhagies gastriques ou entériques. Sous ce rapport, comme aussi relativement à l'influence que l'abord plus abondant du sang vers les muscles peut avoir sur la circulation dans les organes digestifs, un exercice modéré peut être parfois utile. Mais cela est applicable seulement aux cas dans lesquels l'écoulement de sang n'est pas trop considérable, et le repos absolu doit être prescrit lorsque des hémorrhoïdes plus ou moins volumineuses ou douloureuses sont irritées encore par les frottements que la marche exige. Il est évident que dans un grand nombre de cas de gastrorrhagie, l'exercice est contre-indiqué.

Topiques.

7759. Les applications locales que l'on doit faire sur les parties affectées varient en raison du siége et de la nature de la maladie. D'abord, pour la bouche et l'anus, les soins de propreté sont de premier ordre, puis on peut porter sur ces parties et suivant les cas : des réfrigérants, tels que la glace; le tannin, l'alcool, qui, coagulant l'albumine du sang, arrêtent si fréquemment l'hémorrhagie, ou enfin la cautérisation plus ou moins forte avec diverses substances parmi lesquelles il faut d'abord citer le nitrate d'argent. Ce moyen réussit fréquemment dans les hémorrhagies des gencives ou des petites plaies saignantes de la bouche; mais c'est surtout pour les écoulements sanguins qui ont lieu par les hémorrhoïdes, ou par de petites fissures du rectum, que j'en ai tiré un très-grand parti. Il m'est arrivé de faire brusquement cesser, par ce cathérétique, des hémorrhagies qui duraient depuis fort longtemps et qui avaient mis le malade dans un état de pananémie extrême. Seulement, il faut le dire, ce moyen est fort douloureux, et il est arrivé, dans certains cas, que la souffrance excessive qui a eu lieu s'est prolongée pendant des heures entières, de sorte que souvent les malades étaient fort peu disposés à être cautérisés de nouveau. Aussi vaut-il mieux, dès la première fois, toucher plutôt fortement que faiblement. Il est, du reste, assez rare que l'on soit obligé de renouveler trois ou quatre fois cette opération, qui m'a réussi au moins dans une douzaine de

cas. Il ne faut pas oublier ici que, très-souvent, les petites plaies qui donnent du sang sont assez profondément placées et que pour les apercevoir, il faut que le malade fasse de grands efforts de défécation, et que la membrane muqueuse soit très-fortement tirée en dehors. Il m'est arrivé aussi d'arrêter, par une cautérisation superficielle avec le nitrate d'argent, les hémorrhagies qui avaient lieu par une étendue assez considérable de la surface interne de la partie inférieure du rectum présentant un aspect rouge et fongueux.

2260. Des moyens décidément chirurgicaux, tels que les incisions, les ligatures, la cautérisation profonde, la compression méthodique, etc., peuvent encore, dans les cas dont il s'agit, être indiqués et employés avec succès ; mais l'étude de telles médications ne rentre pas dans le cadre de cet ouvrage.

Médicaments ingérés.

2261. Quand les hémorrhagies angibrômiques sont récentes, lorsqu'il y a panhyperhémie coexistante, on peut s'en tenir à l'ingestion de quelques boissons fraîches ; mais, quand l'évacuation de liquides a été considérable ou lorsque l'anémie se déclare en même temps, il faut s'empresser de porter dans l'angibrôme les substances les plus propres à arrêter l'hémorrhagie. Parmi celles-ci, il faut noter d'abord : la glace prise par fragments toutes les deux ou trois minutes. Le malade fait fondre ces morceaux de glace à leur surface en les laissant dans la bouche pendant quelques moments, puis les avale. Ce moyen est continué tant que dure l'écoulement de sang par l'estomac. On injecte aussi dans le rectum de l'eau à 0 de température. On conçoit même que, dans des cas extrêmes de pertes de sang, on pourrait être conduit à faire avaler en même temps au malade ou à injecter dans le rectum du sel marin mélangé avec de la glace pilée, à l'effet de produire un abaissement plus marqué de chaleur. L'emploi de tels moyens n'empêche pas d'avoir recours en même temps à l'emploi du tannin, de l'alcool à petites doses, à la ratanhia, à l'alun, au sang dragon, à l'acide sulfurique étendu d'eau ou à d'autres médicaments du même genre.

Évacuants.

2262. Il faut surtout ici se rappeler que, si le tube digestif est distendu par une grande quantité de matières ou de sang, les vaisseaux qui s'y trouvent versent plus facilement de nouveaux liquides, et que les médicaments que l'on fait prendre, mélangés qu'ils sont avec des substances abondamment contenues dans l'angi-

brôme, restent sans action ; aussi quand la plessimétrie permet de constater que l'estomac ou les gros intestins sont à la fois pleins de liquides et distendus, lorsque les symptômes s'aggravent de plus en plus, il faut, dans les hémorrhagies de ces parties, évacuer avant tout ces mêmes liquides. On y parviendra pour l'estomac, en ayant recours à l'excitation du pharynx, au tartrate antimonié de potasse ou à des sondes œsophagiennes; on obtiendra, pour les gros intestins, au moyen des frictions sur le ventre et des lavements, l'excrétion des matières qui le distendent. S'il arrive au contraire que les phénomènes généraux d'anémie s'arrêtent, alors il est plus convenable de laisser séjourner dans le tube digestif les matières qui y sont contenues, sans chercher à les évacuer. Ce n'est pas dans les angibrômorrhagies que l'on doit craindre d'irriter la membrane muqueuse gastrentérique par des moyens de la nature de ceux dont il vient d'être fait mention; car, avant tout, il faut arrêter la perte de sang qui compromet bien autrement et bien plus promptement l'existence des malades que ne pourrait le faire *l'irritation* du tube alimentaire. Seulement, si des caillots salutaires s'étaient formés *qui eussent arrêté* l'écoulement de sang, il serait dangereux d'avoir recours à l'emploi des évacuants.

Opiacés.

7763. Quelques praticiens ont proposé l'opium dans des cas d'hémorrhagies gastrentériques. Je n'ai aucune donnée positive sur les effets de l'administration d'un tel moyen, et il ne paraîtrait indiqué que pour remédier aux accidents dits nerveux qui se déclarent. Mais, ici encore, cette indication n'est, dans bien des cas, rien moins que positive, attendu que ces accidents dits nerveux, tels que les syncopes, les convulsions, etc., sont en rapport, non pas avec *un état spasmodique indéterminé*, mais bien avec l'anémie qui résulte des pertes de sang.

Applications extérieures.

7764. Il est des applications extérieures qui sont d'un grand secours dans les angibrômorrhagies, et d'abord celle de la glace ou même de mélanges réfrigérants sur les parois en rapport avec le siége du mal, sont ici de premier ordre. C'est d'une manière constante et tant que dure la perte de sang, qu'il faut avoir recours à ce topique. J'en ai tiré le plus grand parti dans mainte occasion. On se rend compte de cette efficacité en se rappelant que le froid ralentit d'abord la circulation, et que l'application de la glace sur

l'abdomen, employée avec succès par Dehaën, doit exercer un semblable ralentissement sur le cours du sang dans l'aorte et dans les vaisseaux abdominaux. La réaction qui survient souvent après la réfrigération est plutôt phlegmasique qu'elle n'est propre à ramener l'hémorrhagie. Dans le cas d'une perte abondante de sang par le pharynx, il pourrait être utile de comprimer les carotides, et s'il s'agissait d'une hémorrhagie abondante du rectum ou des colons sur des individus dont les parois abdominales seraient très-molles et chez lesquels aussi les viscères auraient peu de volume, il serait possible de comprimer l'aorte avec le plus grand succès.

Évacuations sanguines.

7765. Les évacuations sanguines conviennent-elles dans le traitement des angibrômorrhagies? Dans quelques circonstances, elles peuvent être indiquées, et voici en général quelles sont ces circonstances, et à quelle espèce d'évacuation il faut recourir.

Évacuations sanguines générales et locales.

7766. Certes, il paraît, au premier abord, tout à fait contre-indiqué d'avoir recours à des saignées dans des cas tels que les hémorrhagies gastriques et entériques où les malades perdent en un court espace de temps de très-grandes quantités de sang. Cette indication est ici subordonnée à la coïncidence de tel ou tel état organo-pathologique de la circulation. Existe-t-il une panhyperhémie, n'y a-t-il pas encore de pananémie, d'hydrémie ou d'aplasticémie (état scorbutique du sang)? Alors on peut, sans inconvénient et parfois avec beaucoup d'avantage, tirer par la lancette ou autrement, des quantités assez considérables de sang, et les répéter même au besoin. En enlevant une portion des fluides contenus dans les vaisseaux, on diminue ainsi la tendance qui existe à ce que ces fluides s'échappent par les surfaces angibrômiques. La mesure de ces saignées et de leur réitération sera représentée par les états organopathologiques offerts par les organes solides et liquides de la circulation. Tout au contraire, s'il arrive que le malade soit anémique ou hydrémique, ou atteint d'aplasticémie, alors il ne faudra pas avoir recours à des évacuations sanguines qui augmenteraient à coup sûr l'état pathologique des liquides, cause ou coïncidence de l'hémorrhagie. Seulement il ne faut pas ici prendre pour la véritable anémie la pâleur qu'offrent certains sujets atteints de gastrorrhagie; car il arrive parfois que cette pâleur et

même un pouls plus petit que fort, existent, bien que les sujets aient encore une notable quantité de sang. Dans les cas douteux de ce genre, on doit percuter les organes avec soin, chercher si le foie, le cœur, ne restent point volumineux, si le poumon en arrière n'offre pas encore une matité due à ces congestions sanguines, et se régler dans sa conduite sur des données générales plutôt que sur la simple inspection des traits du malade.

7767. On a beaucoup préconisé dans les angibrômorrhagies les saignées locales. Elles peuvent être parfois utiles lorsque les pertes de saug sont peu abondantes, coulent lentement, ou d'une manière en quelque sorte intermittente; lorsque enfin elles occupent une petite étendue de membrane et que le mal est assez faible pour qu'il ne soit pas besoin d'avoir tout d'abord recours à une médication très-active. Dans de telles circonstances, on peut appliquer les sangsues (en plus ou moins grand nombre, suivant l'état général du malade), ou au voisinage de l'organe affecté, ce qui parfois ramène l'hémorrhagie au lieu de la guérir. On emploie cette médication sur le cou dans la pharyngorrhagie, sur l'épigastre dans la gastrorrhagie, à l'anus dans les écoulements de sang par le rectum. En général, il est utile, dans les cas précédents, de saigner localement dans des parties éloignées de celles qui sont le siége du mal, et on choisira de préférence les régions voisines des points où d'habitude se font des pertes de sang spontanées; exemple : le haut des cuisses ou la vulve chez les femmes. Le nombre des sangsues ou des ventouses sera encore subordonné non-seulement à l'intensité du mal, mais encore à l'état du sang et de la circulation des malades.

Excitants de la peau.

7768. Les médications précédentes agissent, dit-on, en vertu de certaines relations organiques auxquelles on a donné le nom de dérivation. On s'est servi, pour appuyer cette théorie, de l'apnorisme d'Hippocrate : *Duobus doloribus simul obortis, vehementior obscurat alterum.* Il n'est pas le moins du monde prouvé que le sens de l'aphorisme en question soit bien en rapport avec l'idée attachée par les médecins à la dérivation (1), et cette dernière expres-

(1) Peut-être cela veut-il dire tout simplement que, quand une douleur vive se fait sentir, on s'aperçoit à peine d'une faible douleur coïncidente, ce qui est conforme à l'observation de chaque jour.

sion est trop vague pour que l'explication qui s'y rapporte ait quelque chose de clair et de positif. Toujours est-il que c'est dans la vue de détourner, de dériver la congestion hémorrhagique, qu'on a souvent proposé, dans les cas précédents, des vésicatoires, des sinapismes ou d'autres rubéfiants sur la peau. Ces moyens sont en général indiqués à la suite des évacuations sanguines ou en même temps qu'elles. Le lieu où on les emploie varie, et très-ordinairement on les place à quelque distance des organes malades, sans cependant s'en éloigner beaucoup. Si, par exemple, il s'agit d'une gastrorrhagie qui date de quelques jours, on peut placer parfois avec avantage des vésicatoires volants ou des sinapismes sur le ventre.

Grandes ventouses, ligatures des membres.

769. Les ventouses très-vastes appliquées sur tout un membre (ventouse Junod), et si l'on ne peut pas s'en procurer, la position déclive des quatre extrémités, plongées à la fois dans des vases pleins d'eau chaude, extrémités dans lesquelles on retient le sang à l'aide de ligatures, sont, à coup sûr, des médications très-appropriées à la curation des hémorrhagies du tube digestif. Elles ont le très-grand avantage de soustraire brusquement (commé par la phlébotomie) une énorme quantité de sang, et cela, tout en le laissant en réserve, pour le moment où l'hémorrhagie se trouvant arrêtée, il n'y aura plus d'inconvénient à le rendre à la circulation.

Thérapeutique empirique.

770. Tel est le traitement rationnel des hémorrhagies angibrômiques, qui se compose, comme on voit, de moyens très-variés et dont l'emploi doit être subordonné à une foule de circonstances diverses, dont le praticien tiendra tout d'abord compte, s'il se rappelle l'ensemble des considérations précédentes sur les causes et la nature des écoulements sanguins qui ont lieu par le tube digestif. A côté de cette pratique si positive, si satisfaisante pour l'esprit et pour la raison, on a conseillé l'emploi de divers moyens spécifiques auxquels on attribue des effets hémostatiques. Ouvre-t-on, en effet, certains recueils de matière médicale, ou quelques anciens auteurs, on trouvera mentionné avec les plus grands éloges, tel ou tel remède empirique, contre l'hématémèse, le méléna, les hémorrhoïdes, etc., et cela, sans que l'on se soit donné le moins du monde

la peine *de déterminer les cas* où une telle substance peut être administrée avec quelque chance de succès. C'est ainsi qu'on a proposé des eaux souveraines contre les hémorrhagies en général, et contre celle de l'estomac considérée en particulier, et beaucoup d'autres moyens qui, en définitive, agissent presque tous comme des astringents ou comme des agents chimiques propres à coaguler l'albumine du sang.

Traitement palliatif.

7771. Il est des cas malheureux où il est impossible de remédier aux lésions organiques, qui sont les sources des hémorrhagies angibrômiques; par conséquent, celles-ci continuent, quelque chose que l'on fasse; cela est vrai des cancers de l'estomac ou de l'intestin, accompagnés d'angiectasies ou de ruptures vasculaires. Alors on est réduit à calmer les accidents, à modérer autant que possible les évacuations de sang, à prévenir le séjour de celui-ci dans les organes où il s'accumule, *à alimenter, autant que possible, les malades à l'effet de compenser, s'il se peut, par de nouveau sang celui qui se perd chaque jour.* Ce serait ici une faute énorme que d'imiter ces gens qui, dans des cas pareils, soumettent à une abstinence rigoureuse des malheureux qu'épuisent des hémorrhagies journalières. Avec un tel traitement, la vie se consume, et par la marche du mal, et par les fautes de l'art. Les seuls cas de ce genre où la privation des aliments convient sont ceux où la digestion ne se fait plus, et où les troubles fonctionnels qui sont le résultat de cette dyspepsie sont plus graves que ne le serait l'anémie causée par l'abstinence.

Traitement préservatif.

7772. Trop souvent l'hémorrhagie gastrentérique, après avoir cessé, pendant un temps plus au moins considérable, sous l'influence du traitement, ou seulement par suite de la marche naturelle des phénomènes, reparaît avec plus ou moins d'opiniâtreté. Cela a lieu, soit parce qu'il existe certaines lésions organiques appréciables qui entretiennent le mal, soit parce que les causes plus obscures et plus complexes qui, une première fois, ont produit l'hémorrhagie, continuant à agir, ramènent encore le même effet. Or, il est évident qu'au fond les moyens préservatifs ne peuvent guère différer de ceux qui conviennent comme curation des accidents existants. Seulement ces médications doivent être modifiées suivant les cas complexes qui se présentent; et ce serait tomber dans

d'inutiles répétitions que d'indiquer ici comme préservation, ce qui a été dit comme traitement des accidents existant ; faisons seulement ici deux annotations importantes.

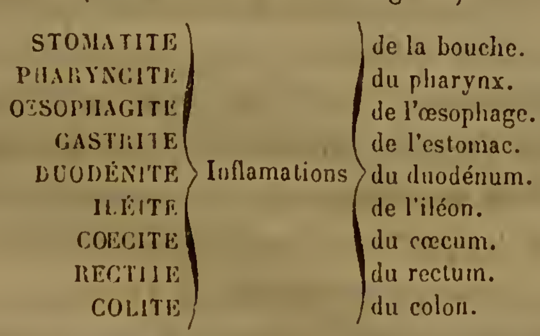
1773. Quand le retour des hémorrhagies angibrômiques correspond à l'époque où les règles devraient paraître ou couler abondamment, et que celles-ci n'ont pas lieu ou ne se déclarent que d'une manière insuffisante, il faut faire tout son possible pour ramener le sang vers l'utérus (voyez l'Histoire des anutérorrhagies), et chercher à ramener cet organe à de telles conditions que l'écoulement se fasse plus facilement de ce côté que vers le tube digestif.

1774. Le retour des hémorrhagies angibrômiques est parfois périodique, et se manifeste à des époques fixes. Dans certains cas, ce n'est pas directement sur l'hémorrhagie que la périodicité exerce son influence, mais sur les états organiques qui lui donnent naissance. C'est probablement ce qui a lieu dans ces faits signalés par les auteurs dans lesquels une maladie splénique a été la cause d'une angibrômorrhagie. Or, dans de tels cas, le sulfate de quinine est le seul médicament sur lequel on puisse sérieusement compter. Les doses de celui-ci et la manière de l'administrer varieraient suivant les circonstances qui donneraient lieu au mal. Dans quelques cas, cependant, les moyens généraux et locaux très-actifs, dont il a été parlé à l'occasion de la curation (saignées, applications extérieures, etc.), s'ils étaient employés méthodiquement à l'approche du retour probable du mal, pourraient prévenir l'invasion des accidents que l'on redoute.

CHAPITRE XII.

ANGIBRÔMITES

(Inflammations du tube digestif).



1775. C'est surtout dans les maladies du tube digestif que, faute d'avoir assez nettement précisé ce qu'on devait considérer comme

inflammation, et faute aussi d'avoir donné aux choses des noms en rapport avec les lésions anatomiques, on est arrivé, comme nous l'avons vu déjà, à un incroyable abus de mots. L'inflammation a pris, suivant chaque organe, des noms divers. A la bouche, on l'a appelée aphtes; à la gorge, angine; à l'estomac, gastrite; dans le gros intestin, dyssenterie, etc.; les uns ont rattaché, avec Broussais, à la phlogose gastrentérique toutes les souffrances possibles du tube digestif; et d'autres ont semblé croire que l'estomac n'était guère susceptible d'inflammation. C'est au milieu de cette divergence d'opinions et de ce vague dans le langage que nous avons à établir l'histoire des angibrômites; aussi éprouvons-nous quelque appréhension en abordant un sujet d'une telle difficulté.

776. L'histoire des angibrômites est, d'un autre côté, extrêmement vaste; car ces affections tiennent à des causes diverses, présentent des caractères qui ne sont pas les mêmes, et exigent souvent des moyens de traitement différents; de sorte que si nous nous laissons entraîner par l'intérêt qu'offre cette étude, nous courons les risques d'étendre cet article hors de toutes proportions; si nous voulons nous circonscrire, il est à craindre que nous omettions des choses importantes. Le seul moyen de nous tirer de ces difficultés, c'est de considérer dans leur ensemble et, comme nous l'avons fait jusqu'ici pour les autres états organopathologiques, les phlegmasies des diverses parties de l'angibrôme, considérées dans leur état de simplicité; puis nous ajouterons quelques considérations pratiques relatives à celles des angibrômites qui offrent des particularités dans leur marche et dans leur nature, telles que les phlegmasies qui ont pour symptôme et pour résultat la formation de pseudoméninges (angibrômites blenplastiques), telles encore que les inflammations qui sont dues à l'action de poisons (angibrômites toxiques). Parmi ces dernières il faut surtout citer celles qui, ayant une marche spéciale, sont la conséquence d'une altération spéciale du sang (angibrômites septicémique, morbilleuse, scarlatineuse, etc.). Du reste nous ne considérerons comme phlegmasies du tube alimentaire, que des affections qui ont les caractères positifs de l'inflammation considérée en général; que les maladies dans lesquelles il existe des symptômes tranchés se rapportant plus ou moins à la douleur, à la rougeur, à la chaleur et à des altérations fonctionnelles en rapport avec ce qu'on est convenu d'appeler phlegmasie.

Notions historiques.

7777. Les anciens, tout en consacrant la désinence *ite* à un assez grand nombre d'affections évidemment phlegmasiques, telle que l'arthrite (Hippocrate), l'entérite, l'hépatite, etc., étaient loin d'avoir affecté cette particule à tous les états inflammatoires qui pouvaient se déclarer, et quand il s'est agi de diverses phlogoses du tube digestif, ils se sont parfois servis d'expressions tout à fait vagues et qui ne désignaient en rien le caractère de la maladie. Ils n'ont pas, comme les modernes, individualisé l'inflammation, et quand on lit avec attention ce que Celse, Cœlius, Alexandre de Tralles, ont écrit sur les aphthes, sur l'angine ou cynanche, on voit qu'ils ne se sont point renfermés dans le cadre des maladies réellement inflammatoires. Leurs successeurs, même à la distance de bien des siècles, les ont imités, et, par exemple. Boerhaave, Sauvages et même Hufeland, établissent diverses espèces d'aphthes ou d'angine, et qu'une seule de ces espèces est considérée comme phlegmasique, de sorte que pour eux l'angine ou la cynanche n'est pas notre pharyngite ou notre amygdalite, qui en seraient seulement une variété. D'un autre côté, il est quelques états organiques qui appartiennent évidemment aux inflammations gutturales, telles que les phlogoses blenplastiques de ces parties dont ils ont à peine parlé, de sorte qu'il est souvent fort difficile, en lisant de tels ouvrages, de se faire une idée nette de l'état de la science au moment où ils étaient écrits.

7778. Mais l'on ne s'est point borné en général, dans les descriptions que l'on a faites, même de notre temps, à particulariser ce qui appartient à la phlegmasie isolée de tel ou tel point du tube digestif, et ce qui dépend de beaucoup d'autres états organopathologiques coïncidents, ou qui ont pu être les causes de l'angibrômite. Ainsi, par exemple, on a décrit comme maladie simple cynanche, l'angine, etc.; on n'a pas eu en vue seulement l'inflammation locale du pharynx, mais les phénomènes les plus variés en rapport avec les troubles de circulation, de respiration ou de digestion qui la compliquent. De là des tableaux de maladies faits à plaisir, des descriptions qui n'ont rien de fixe, et, au total, une confusion et une obscurité désespérantes.

Nécrorganographie.

7779. Avant d'établir quel est l'état des organes dans les inflammations de l'angibrôme, il serait d'abord utile de déterminer celui que ces parties présentent en santé. Or, il est fort difficile de

dire nettement quel est leur degré de coloration, alors que la mort est due à toute autre cause qu'à une phlegmasie du tube digestif. Lorsque les doctrines de Broussais étaient en faveur, de nombreuses recherches ont été faites à ce sujet, et nous renvoyons, pour ce sujet, à ce que nous avons dit sur les rougeurs des vaisseaux et des voies aériennes (n° 6234), ainsi qu'à un Mémoire de M. Andral publié dans les Archives, en 1825, sur l'état où se trouve le tube digestif des chevaux après la mort. On ne peut se faire une idée de l'état non phlegmasique de l'estomac ou de l'intestin chez les cadavres que nous observons dans nos amphithéâtres, par l'examen des animaux qui périssent d'hémorrhagie; la lenteur de l'agonie, la déclivité des diverses portions de l'angibrôme longtemps continuée, y causent en effet des rougeurs qui ne se rencontrent pas à la suite des morts violentes. Ces rougeurs ne diffèrent presque en rien de celle de la phlegmasie; ce n'est pas, en un mot, l'état sain du tube digestif qu'il s'agirait de comparer avec les caractères de la phlogose gastrentérique; s'il en était ainsi, on trouverait qu'en santé, la membrane muqueuse, hors le temps de la digestion, est pâle. C'est l'angibrôme des gens qui ont succombé à l'anhématosie aphrosique (par l'écume bronchique) ou à d'autres obstacles à la circulation, qu'il faut pouvoir distinguer du tube digestif enflammé, et bien souvent cette difficulté est insurmontable.

Caractères les plus positifs des rougeurs inflammatoires.

7780. Voici, en général, les meilleurs caractères pour reconnaître les rougeurs phlegmasiques de la membrane muqueuse angibrômique. Consistant, comme les rougeurs dues à la congestion, en arborisations, en pointillé, en teinture, elles ont ordinairement lieu par bandes, par plaques que séparent des tissus plus ou moins sains. Leurs bords sont parfois plus foncés que leur centre; elles ne sont pas aussi régulièrement placées à la partie déclive. Une ligne de niveau ne les sépare pas, en haut, des parties restées saines. Elles présentent souvent des infiltrations sanguines légères dans le tissu sous-muqueux. Ces caractères ont plus de valeur, si la putréfaction est peu avancée, et s'il n'existe pas sur le cadavre de congestions veineuses considérables dans les poumons, ou une dilatation du cœur droit.

7781. Mais les circonstances les plus propres à faire ressortir le caractère phlegmasique des rougeurs, ce sont les autres effets de l'inflammation existant sur les parties rouges ou à l'entour de celles-

i; ce sont, par exemple, des fausses membranes grisâtres, plastiues, adhérentes, déposées sur la surface devenue rouge; c'est u pus accumulé sur la surface externe ou interne de la memrane muqueuse; c'est une épaisseur plus considérable de celle-i, ce sont des vésicules plus ou moins saillantes formées par un uide séro-purulent, et placées sur les parties rouges; ce sont des ndurations d'ancienne date, plus ou moins prononcées, et surtout es ulcérations variables en étendue, en forme, en profondeur, n apparence, et dont les bords découpés de diverses façons, ntôt font une saillie très prononcée, et, d'autres fois, sont presque e niveau avec le fond de ces ulcères. Ceux-ci ont des teintes griitres, rougeâtres, brunâtres ou violacées, suivant les cas; paris, ils ont détruit non-seulement la membrane muqueuse, mais enore la musculeuse ou même la péritonéale. Ce sont encore des nérosies partielles, entourées d'un tissu rouge, reconnaissables à leur inte grise, brune ou noire, à leur séparation d'avec les tissus qui vaient au moment où la mort générale est survenue, etc. C'est ne tuméfaction des follicules sous-muqueux, et qui souvent est acmpagnée d'une ulcération existant au sommet de ces petits ornes dont la base est souvent dure et disposée sous la forme de tites tumeurs. Ailleurs se voient des plaques mamelonnées, des parences de papules assez analogues pour la forme à celles de la au dans l'urticaire. Les parties phlogosées présentent souvent un mollissement considérable; on ne peut enlever le plus petit fragent de la membrane muqueuse sans la déchirer, et elle semble rfois être convertie en une pulpe rougeâtre au-dessous de laquelle stent les fibres charnues plus ou moins altérées, ou encore comtement ramollies et détruites.

Les divers caractères des phlegmasies ne sont pas toujours réunis.

7782. Bien entendu que tous ces états ne se rencontrent pas ujours réunis. Tantôt il n'y a que des rougeurs et une légère tufaction; ce sont même là les cas les plus ordinaires, et ceux où il le plus difficile de se prononcer sur le caractère phlegmasique la maladie. Très-souvent les ramollissements ou les indurations t lieu; les pseudo-méninges sont rares (excepté dans la bouche et pharynx); les ulcérations aiguës et de nature phlegmasique, ainsi e les vésicules et les pustules, se rencontrent notamment dans elques maladies spéciales.

7783. La membrane muqueuse angibrômique présente souvent,

dans des points voisins de ceux qui sont phlegmasiés, ou dans ceux où tout se réunit pour faire croire que des inflammations ont eu leur siége, une apparence grisâtre qui tranche avec la teinte naturelle de cette partie, ou qui se confond, sur quelques points et par des nuances insensibles, avec des régions évidemment atteintes de phlogose. On considère un tel état comme étant la suite d'une phlegmasie qui se serait dissipée et qui, après elle, aurait laissé de semblables traces. Il en est, à coup sûr, ainsi dans bien des cas; toutefois, il ne faudrait pas croire qu'un tel état pathologique ne puisse pas se présenter à la suite de lésions autres qu'une inflammation véritable. On ne voit pas, par exemple, pourquoi il ne se manifesterait pas après des congestions qui auraient eu de la durée, ou encore consécutivement à des ramollissements légers qui se seraient guéris. Des cicatrices existant sur une partie de l'angibrôme prouvent qu'il a existé sur ce même point une ulcération.

Inspection sous l'eau, microscopie, état des follicules. Modifications dans la texture de la membrane muqueuse.

7784. La membrane muqueuse enflammée, examinée sous l'eau, n'offre plus cette apparence veloutée, villeuse, qui lui est naturelle; on y voit, tantôt de petits vaisseaux divisés et flottant dans le liquide (ceci a surtout lieu dans le cas d'ulcération), tantôt des surfaces fort inégales, d'une forme irrégulière, et souvent recouvertes de produits anomaux. Le microscope permet de découvrir, dans les fragments des tissus malades, les vascularités, les angiectasies, les infiltrations qu'on observe dans les autres tissus enflammés.

7785. Les glandules qui entrent dans la structure de la membrane muqueuse angibrômique sont souvent le siége le plus manifeste du travail phlegmasique. Ceci est surtout vrai de la méninge labiale, et se retrouve aussi dans les cryptes de l'estomac et de l'intestin (follicules disséminés). Je dirais qu'on voit le même fait pour les plaques de Peyer; seulement depuis les travaux de M. N. Guillot et de M. Casimir Broussais, il n'est pas dit le moins du monde que ces plaques soient des corps glanduleux. Parfois on trouve dans les cryptes disséminés des liquides accumulés, ce qui leur fait faire une saillie plus ou moins considérable; il peut arriver encore qu'ils contiennent du mucopus (ce que, du reste, je n'ai pas vu), ou que des ulcérations rudimentaires existent au sommet de ces corps glanduleux.

1786. La structure des portions de membrane affectée a évi-mment éprouvé, dans bien des cas, des atteintes profondes; par-is il y a un dépôt réel de sérosité plastique entre la tunique in-ne de l'angibrôme et les fibres musculaires sous-jacentes; ail-ırs, cette membrane musculaire est ramollie; on dit avoir parfois ɔuvé de petites collections purulentes entre les divers tissus dont composent les parois du tube digestif. Rarement la couche périto-ale qui recouvre l'extérieur de l'intestin est-elle altérée, et, quand la arrive, ce n'est que consécutivement, soit à la destruction des tres couches, soit à des péritonites coexistantes. Seulement, dans cas de gastrentérite très-intense, les vaisseaux sous-séreux de l'estomac et des intestins sont parfois dilatés et rouges. Jamais n'ai trouvé non plus que la membrane musculeuse fût isolément térée ou enflammée, de telle sorte que, si l'on voulait admettre 'il pût exister une maladie de l'intestin dite rhumatismale et qui pperait seulement les muscles entériques, il n'y aurait pour moi ıcune preuve anatomique du fait. La destruction des membranes l'angibrôme peut enfin avoir lieu consécutivement au travail in-mmatoire, ce qui constitue des perforations dont le résultat est la nétration dans les cavités voisines des gaz ou des liquides con-ıus dans le tube digestif, et, le plus souvent, des accidents mortels.

Examen nécroscopique des liquides contenus dans l'angibrôme enflammé.

1787. Les liquides qui se rencontrent en contact avec les sur-ces enflammées de l'angibrôme sont d'abord tous ceux qui s'y ouvent en santé, mais ils sont souvent modifiés par la maladie. salive peut être épaissie et acidifiée. Le mucus est souvent très-ondant et très-clair, tout à fait aqueux, et d'autres fois puri-me. Il offre ailleurs une apparence pseudo-méningienne. La bile épaisse, jaunâtre, ou encore brunâtre, noirâtre, et accumulée en antité très-considérable; on dit que parfois elle contracte, dans de s cas, des qualités très-irritantes. Le chyme, mélangé qu'il est avec substances précédentes, est fréquemment jaune et poisseux; il me une couche épaisse et demi-liquide dans laquelle se trouvent s débris d'aliments. Les fèces sont presque toujours très-mous parfois aqueux, jaunâtres, verdâtres, brunâtres, ordinaire-nt très-fétides, caractères que présentent aussi, et à un haut de-é, les gaz que contient l'angibrôme. Les matières stercorales sont rfois ici en quantité considérable et distendent les portions de ıtestin où elles s'accumulent.

7788. Bien entendu que ces altérations dans les liquides nomaux n'ont pas également lieu dans toutes les phlegmasies situées à diverses hauteurs du tube digestif; car ces modifications dans l'état des liquides correspondent avec diverses parties de l'angibrôme enflammé où ces substances se rencontrent en santé; la salive et la bile se voient dans l'estomac, le chyme dans les intestins grêles, et les fèces dans les gros intestins; aussi, quand la phlegmasie existe dans la bouche ou l'estomac, il se peut faire que l'on ne trouve, dans les parties inférieurement placées, aucun état anomal des liquides que l'on y rencontre d'ordinaire.

7789. Des fluides ou des productions en rapport avec l'état phlegmasique lui-même peuvent se trouver à la surface des parties atteintes d'inflammation, ou dans la cavité de l'angibrôme. D'abord la sérosité pure et bien plus souvent contenant en suspension de la fibrine ou de l'albumine coagulée, peut avoir l'apparence, comme cela avait lieu dans le choléra grave, d'une décoction de riz dans laquelle des grumeaux de cette substance seraient contenus. Ailleurs, le mucus est mélangé de pus dont la microscopie peut faire reconnaître les globules. C'est ce qu'on observe trop souvent dans certaines pharyngites suivies d'abcès, dans les colorectites (dyssenteries) intenses, et surtout dans celles qui, de cause épidémique, ont eu de la durée. D'autres fois, comme dans la pharyngite blennoplastique (angine plastique), c'est la sérosité couenneuse qui se dépose à la surface de la membrane, et qui y forme une couche plus ou moins épaisse. Ailleurs, enfin, survient une hémorrhagie par les vaisseaux enflammés, et alors des stries sanguines sont déposées à la surface des tissus ou dans les autres liquides que contient l'angibrôme (voy. Angibrômorrhagies); enfin des matières qui ne sont, à vrai dire, ni du pus, ni de la sérosité, ni du sang, mais bien un mélange de toutes ces substances, sont quelquefois déposées dans le tube digestif.

7790. Très-souvent on trouve dans les angibrômites, que des gaz sont accumulés en très-grande proportion dans le tube digestif, et déterminent les déplacements dont il a été précédemment parlé (n° 7395).

État des vaisseaux et des ganglions lymphatiques ou chylifères.

7791. Les vaisseaux lymphatiques ou chylifères qui correspondent par leur extrémité d'origine aux parties enflammées, et surtout ulcérées, de l'angibrôme, sont fréquemment engorgés, tuméfiés,

;mentés de volume, rouges, ou indurés; les ganglions auxquels se rendent sont, dans les mêmes cas, hypertrophiés, rouges, à une époque plus avancée du mal, grisâtres, ramollis, pénés de pus, et ils forment même des abcès. Lorsque le mal a perè longtemps sans qu'il y ait eu beaucoup d'acuité, il arrive même ces ganglions contiennent des masses jaunâtres, grisâtres, pulées et d'apparence tuberculeuse. Ailleurs, ces corps sont très-durs emblent avoir perdu leur organisation primitive. Les lymphatiques es chylifères malades sont, ai-je dit, ceux que l'anatomie apprend tre des points du tube où la phlegmasie (ulcérative) existe. C'est si : que l'on voit les vaisseaux blancs de l'espace sous-maxillaire et cou présenter les états précédents, alors qu'il s'agit d'affections gencives, de la bouche ou du pharynx ; que l'on observe des altions analogues dans les ganglions mésentériques à la suite des gmasies de l'intestin grêle, et que ceux des mésocolons sont uemment affectés dans diverses colites. Il n'est pas jusqu'aux glions lymphatiques de l'aine qui deviennent quelquefois mas à la suite des phlegmasies de la partie de l'anus la plus voide la peau.

792. Les veines qui prennent naissance dans les parties de gibrôme frappées de phlegmasies sont, dans des cas graves, attes elles-mêmes de phlogose, ce qui a été très-bien étudié pour érite par MM. Ribes et Cruveilhier, et ce qui a permis à ces aus de croire qu'il pouvait s'agir quelquefois alors d'une phlébite érique.

Lésions dans les organes autres que le tube digestif.

793. Des lésions infiniment variées peuvent exister chez ndividus atteints d'angibrômites. Tantôt il s'agit d'affections cœur, d'altérations du sang, qui parfois, mais rarement, est nneux; tantôt de différentes souffrances de l'angiaire ou du ion, etc. Très-souvent le foie est malade et les voies biliaires cipent à l'état phlegmasique de l'estomac ou du duodénum. En ral, la péritonite ne se manifeste guère que dans les cas où une ration est venue à se déclarer. La plupart de ces états pathoques, ainsi qu'un grand nombre d'autres qui peuvent encore lieu dans certaines parties, sont de simples coïncidences, et ennent point à la phlegmasie même du tube digestif.

Lésions spécialement propres à chacune des parties de l'angibrôme.

794. Les lésions principales qu'offre, dans la stomatite, la

membrane muqueuse sont : la rougeur, le gonflement, l'état fongueux, les ulcérations, les abcès. Dans la gengivite, très-ordinairement les dents sont recouvertes de concrétions salivaires : à l'état mou, et répandant alors une odeur infecte; ou à l'état pierreux, et offrant une surface très-inégale et hérissée de petites aspérités. Ailleurs, des dents cariées, cassées, aiguës, saillantes au-dessous de la gencive, ont dû blesser pendant la vie les points les plus malades et souvent ulcérés du tissu gengival. Dans l'inflammation des joues, très-souvent se rencontrent des ulcérations près de la dernière molaire inférieure, et cela surtout à l'époque de la pousse des dernières dents, ou encore dans le point de la membrane qui correspond à la hauteur où se rencontrent les rebords saillants des arcades alvéolaires. Parfois, surtout dans les stomatites mercurielles, se rencontrent à l'entour de l'orifice du canal parotidien des elcosies de nature phlegmasique. Ailleurs, on trouve la membrane palatine rouge, tuméfiée, et l'on voit les inégalités qu'elle présente très-épaissies et beaucoup plus saillantes qu'à l'ordinaire. La rougeur et la tuméfaction, parfois excessives, sont les principaux caractères anatomiques de la glossite. Dans cette affection, le mal ne se borne pas à la membrane muqueuse, mais les muscles linguaux y participent.

7795. On a compris sous la dénomination d'aphthes (dérivée du verbe grec ἄπτω qui signifie j'enflamme) un très-grand nombre de lésions fort différentes les unes des autres, puisqu'on y a réuni : 1° de simples rougeurs mamelonnées (aphthes érythémateux); 2° la sécrétion simple de fausses membranes d'apparence pultacée (muguet); 3° des vésicules (aphthes vésiculeux); et 4° des gangrènes (aphthes gangréneux). Nous reviendrons sur ces divers états anatomiques qui ne sont pas pour nous des stomatites simples. Nous ne chercherons pas à accorder entre eux les auteurs sur le sens du mot aphthes. Celui dont nous ferions choix serait en rapport avec les opinions de tel auteur, mais en opposition avec la manière de voir tel autre. Nous préférons de beaucoup qu'on oublie le mot vague aphthe et qu'on spécifie par des expressions anatomiques les états qu'il a jusqu'à présent servi à exprimer.

7796. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il est une affection qui, très-ordinairement, a son siége plutôt à la bouche que sur d'autres membranes muqueuses et qui consiste spécialement dans une petite ulcération se manifestant au sommet d'un ou de plusieurs follicules de la bouche tuméfiés et formant une masse circulaire et arron-

ssez vaste. Cette lésion, souvent légère, fréquent résultat de déirures produites par les dents, se convertit en un ulcère paris assez profond et peu large qui lui-même persiste un temps ès-court.

7797. Les phlegmasies du voile du palais et du pharynx ont sount pour caractères des rougeurs très-vives et des ulcérations. La ette enflammée et très-ordinairement infiltrée de sérosité, est alors ndante et très-volumineuse. Nous verrons ailleurs que, dans certains s spéciaux, ces parties phlogosées sont recouvertes de pseudoéninges plastiques ou pultacées. Très-fréquemment il arrive que s phlegmasies de l'arrière-gorge sont accompagnées d'abcès ayant ur siége derrière les piliers du voile du palais; plus rarement, des cères et surtout une augmentation très-considérable de volume nt les principaux phénomènes en rapport avec l'amygdalite.

7798. Il est rare que l'on rencontre sur le cadavre les traces de legmasies œsophagiennes; dans le très-petit nombre de cas de ce nre observés par moi, il n'y avait que de la rougeur. Dans l'esnac phlogosé, ce sont des injections, des colorations rouges avec certain degré de ramollissement, que l'on rencontre le plus sount. C'est surtout vers l'extrémité gauche que ces lésions ont lieu. rfois on trouve des ulcérations de la membrane muqueuse gasque, et j'en ai vu, pour ma part, quelques cas remarquables. ns l'intestin grêle et notamment dans l'iléon, ce qu'on observe plus ordinairement, c'est la rougeur, la tuméfaction, l'ulcération s plaques agminées de Peyer (maladie spéciale dont plus tard us nous occuperons). Les lésions inflammatoires les plus fréquendes gros intestins sont : les rougeurs, les ulcérations quand le l se prolonge; les escarrhes quand l'affection est très-aiguë. nflammation de l'appendice cœcal a été parfois observée, et l'on a celui-ci donner lieu à des étranglements, et par suite à des sténos ou être le siége de perforations. A l'anus enfin, non-seulent les rougeurs, les arborisations, les ulcérations sont fréquentes, is encore des abcès s'y manifestent dans un très-grand nombre cas. Voyez, pour les caractères anatomiques des angibrôes spéciales, les articles : angibrômites blenplastiques, toxiques, émiques et toxicohémiques.

Biorganographie.

7799. L'inspection de la bouche et du pharynx y fait découvrir is les caractères de phlegmasie appréciables à l'extérieur et dont

il a été parlé à l'occasion de la nécrorganographie (n° 7781); bien plus, pendant la vie, on peut se faire une idée bien plus juste de ces lésions anatomiques, et surtout des rougeurs inflammatoires, que cela ne peut avoir lieu après la mort. Celle-ci est souvent suivie de la pâleur des tissus qui auparavant étaient plus ou moins vermeils ou foncés en couleur. On suit très-bien, par l'inspection, les changements successifs qui peuvent survenir dans ces parties malades. Tantôt, on voit des déchirures, des morsures de la membrane muqueuse buccale faites par les dents, donner lieu à de petites ulcérations fort douloureuses et qui, peu à peu, sont accompagnées de tuméfaction et de rougeur intenses. Ailleurs, c'est spontanément, ou du moins sans cause appréciable, que surviennent aux lèvres, à la face interne des joues, de petites taches grises, quelquefois à peine plus volumineuses que la tête d'un camion, et si sensibles que le moindre attouchement cause un picotement très-vif. Les bases qui les supportent sont évidemment tuméfiées, et ne sont autre chose que ces follicules que le doigt distingue très-bien par la palpation et par la pression au-dessous de la membrane muqueuse. Peu à peu, quelquefois très-rapidement, ces aphthes dont nous avons parlé et qui se forment principalement sur les points en contact avec les saillies des dents, s'élargissent, se creusent, offrent une surface grisâtre. La membrane est à l'entour, et souvent dans une assez large étendue, très-rouge et très-douloureuse. En fort peu de jours, ces petits ulcères se remplissent, prennent une couleur vermeille et se cicatrisent. Il est rare que la phlegmasie de la bouche commence autrement que par ces ulcérations du sommet des cryptes. Lorsqu'il s'agit de stomatites, de gingivites, de glossites, il faut, surtout chez les enfants, faire la plus sérieuse attention à l'état des arcades dentaires ou aux saillies des dents qui peuvent être la cause du mal.

7800. Ces remarques relatives à l'inspection de la bouche sont d'autant plus importantes que les phénomènes phlegmasiques qui se passent dans la membrane buccale peuvent être considérés comme l'image de ce qui a lieu dans les parties profondes de l'angibrôme alors qu'elles sont enflammées. De ces considérations peuvent résulter quelques rapprochements utiles relativement au siége et à la nature de certains phénomènes phlegmasiques dont l'estomac ou les intestins peuvent être le siége. Ainsi, la plupart des stomatites commencent par des lésions matérielles, telles que des déchirures, et

guérissent très-vite, alors que les causes mécaniques qui les avaient produites cessent d'agir. Elles durent indéfiniment, tant que ces causes persistent. Ainsi, les aphthes se déclarent dans des follicules, comme cela paraît être pour plusieurs gastrentérites. Ainsi, certains états du sang causent des phlegmasies buccales, exemple : la stomatite mercurielle), et tout porte à croire que d'autres anomémies peuvent déterminer aussi des inflammations de l'intestin grêle.

7801. L'inspection du pharynx donne, dans les phlegmasies de cette partie, des résultats non moins utiles. Que de fois les femmes ne se plaignent-elles pas d'éprouver, dans l'arrière-gorge, de vives douleurs que l'on serait tenté d'attribuer à une inflammation que l'on ne trouve pas par l'inspection ! Il m'est parfois arrivé, sur des malades qui ne disaient en rien souffrir du pharynx, d'y découvrir des rougeurs intenses, ou des phlegmasies simples ou pseudoméningiennes dont la marche ultérieure pouvait être dangereuse ou mortelle. J'ai eu à me repentir de n'avoir pas procédé à l'inspection du pharynx dans un cas d'entérite septicémique compliqué d'angine membraneuse, alors que le malade s'était plaint d'éprouver quelque souffrance dans l'arrière-bouche.

7802. On découvre par la simple vue, sur les parties profondes de la gorge, les rougeurs circonscrites ou diffuses qui y ont lieu, les ulcérations ou les pustules qui s'y forment; on y voit facilement les tumeurs inflammatoires des amygdales. Celles-ci ont quelquefois un tel volume qu'elles rendent la déglutition difficile ou même impossible, et qu'elles gênent la respiration. On voit très-bien la marche ascendante ou décroissante du mal, son extension graduée ou sa circonscription bien limitée. Quand la pharyngite se termine par des abcès, on reconnaît souvent une saillie remarquable située sur le voile du palais, un peu au-dessus et en dehors de l'amygdale correspondante.

7803. Pour les parties plus profondes de l'angibrôme, l'inspection ne peut malheureusement plus être faite sur les organes même où existe la phlegmasie. Seulement certains phénomènes qui sont les conséquences des gastrentérites (la tension des muscles abdominaux, la dilatation des diverses parties de l'angibrôme par des gaz, etc.) peuvent être constatés de cette sorte. A l'anus enfin, on reconnaît, à l'aide de l'inspection, les rougeurs, les tumeurs, les ulcérations, etc., qui sont les conséquences des inflammations de ces parties.

Inspection des liquides.

7804. L'examen des liquides évacués par les vomissements et par les selles, sans révéler positivement l'existence de phlegmasies gastriques, donne cependant, dans de tels cas, des documents précieux. C'est ainsi que l'évacuation répétée par en haut de bile ou de sucs acides, de matièresqui irritent fortement les parties sur lesquelles elles passent, sont des symptômes de quelque valeur dans le diagnostic de la gastrite.

7805. Dans certains cas qui m'ont paru être des duodénites et alors que l'absence de cholémie me portait à croire que le conduit cholédoque était libre, j'ai vu les malades rejeter en abondance par l'anus des liquides tout à fait analogues à la bile. Des selles liquides, fétides, bilieuses, muqueuses ou séreuses, claires ou colorées, sont évacuées en abondance dans la plupart des iléites. Ailleurs, dans de semblables cas, on rend un liquide tout à fait aqueux ou des lambeaux membraniformes qui semblent être des fragments de la tunique interne de l'intestin. La ressemblance est parfois ici tellement évidente, qu'on a considéré ces pseudoméninges comme des anses intestinales détachées de l'angibrôme. Ce dernier accident a eu lieu dans quelques cas d'inversion et d'étranglement circulaire de l'intestin. L'inspection anatomique a prouvé ce fait jusqu'à l'évidence; mais il est démesurément rare, et des prétendues portions d'intestin, ainsi rendues, n'étaient autre chose que le résultat de l'accumulation, dans le tube digestif, de produits sécrétés par suite de l'état phlegmasique. Encore une fois, l'un des signes les plus importants de l'iléite sont des selles liquides, bilieuses et chymeuses. Celles-ci peuvent être mélangées de débris d'aliments colorés en brun ou en noir par du sang. Dans la phlegmasie des gros intestins (dysenterie), les évacuations alvines, souvent très-molles ou absolument liquides, contiennent, suivant les cas, des mucosités claires ou opaques, assez mal mélangées avec les fèces, et qui quelquefois forment une couche plus ou moins abondante à la surface de matières stercorales assez solides. Le public dit souvent que de telles évacuations ressemblent à *de la lavure de chairs*. Ailleurs, du sang est déposé sous forme de stries dans la matière des selles ; c'est ce qui a principalement lieu dans certaines épidémies de colorectite (dysenterie), et cela particulièrement lorsque les évacuations ont été très-fréquemment répétées. Les raisons de la présence de ce sang dans les fèces et surtout à leur surface, sont que l'intestin au voisinage de

l'anus s'irrite, s'enflamme à proportion du nombre et de la difficulté des actes de la défécation, et que des vaisseaux s'y dilatent et se déchirent souvent lors du passage des matières. Plus l'inflammation du rectum est voisine de l'anus, et plus souvent aussi les malades sont exposés à rendre du sang par les selles. Enfin, quand la colorectite a été très-intense et a duré pendant un certain temps, non-seulement du mucopus peut être évacué par l'anus, mais encore de véritable pus, mélangé ou non avec d'autres liquides, est rendu par cette voie.

Palpation.

7806. La palpation de la bouche, du pharynx, de l'anus, peut y faire trouver parfois des ulcérations des pseudoméninges, des tumeurs produites par des abcès phlegmasiques qui viendraient à s'y déclarer. Directe ou pratiquée à l'aide d'une sonde exploratrice, elle peut faire reconnaître, pour ces conduits, les sténosies qui seraient les conséquences d'un travail inflammatoire. Des réflexions du même genre sont applicables au toucher qui permettrait de constater que le rectum est rempli de liquides produits par un état phlegmasique. La palpation pratiquée sur l'abdomen permet de distinguer, soit la distension et le développement des organes enflammés par des gaz ou des matières, soit la tension des muscles abdominaux au niveau des parois affectées, fait que l'on a considéré comme particulier à la péritonite partielle et qui se retrouve encore dans certains cas d'entérocolite aiguë et très-douloureuse. Mais tels ne sont pas là les plus grands services que rend la palpation dans la phlegmasie de l'angibrôme. Le plus important est de faire reconnaître quelles sont les parties de ce conduit où le toucher et la pression éveillent la douleur, soit dans le pharynx ou le rectum, soit dans l'abdomen.

7807. Donnons-nous garde cependant de croire qu'un organe abdominal, douloureux à la pression, soit, pour cela même, enflammé, et cette réflexion est particulièrement applicable à l'estomac chez un très-grand nombre d'hommes qui sont loin d'être vraiment malades. L'épigastre est d'ordinaire très-sensible à la pression pratiquée profondément. Faute de connaître ce fait, on a cru trop souvent à l'existence de gastrites qui n'existaient pas, et on a appliqué des sangsues en abondance ou l'on a eu recours à une abstinence rigoureuse qui n'était rien moins qu'indiquée.

7808. La palpation directe des parties affectées y fait trouver une chaleur plus ou moins développée, et qui est un des carac-

tères les plus précieux de l'état phlegmasique. Le toucher des parois abdominales fait aussi apprécier parfois une augmentation de chaleur que l'on trouve plus grande à l'épigastre qu'ailleurs. On a même cru que l'élévation de température correspondait en général aux parties malades. Cela peut être vrai dans quelques cas, mais, à coup sûr, n'est nullement constant.

Plessimétrie.

7509. La plessimétrie ne peut donner de signe direct des phlegmasies gastrentériques. Il n'y a point ici d'augmentation d'épaisseur dans les parois des organes enflammés qui puisse modifier les sons que donnent ces parties. Seulement les résultats qu'elle fournit, rapprochés des phénomènes qui résultent des phlegmasies angibrômiques, peuvent être très-utiles dans le diagnostic de l'organe malade. Permettant de déterminer quelle est la partie du tube digestif qui se trouve dans telle ou telle région de l'abdomen, et de circonscrire nettement ses limites, elle donne les moyens de constater si une douleur inflammatoire correspond plutôt à l'estomac qu'aux intestins grêles, aux gros intestins ou réciproquement. C'est elle qui m'a détourné des idées exagérées que j'avais auparavant sur la fréquence de la gastrite. J'avais reconnu, comme Broussais, que l'épigastre est très-souvent douloureux dans un grand nombre d'affections, et, comme lui, je rapportais à l'estomac la souffrance dont se plaignaient les malades. Or, voici que la plessimétrie me prouva que, le plus ordinairement, c'était le foie qui correspondait *exactement* et exclusivement au point où la douleur existait; il ne s'agissait donc pas alors d'une gastrite, mais bien d'un phénomène tout différent (nº 7370). La plessimétrie fait encore reconnaître la distension des organes de la digestion par les produits liquides de l'inflammation et par les gaz qui si souvent distendent les viscères enflammés, etc. (nºs 7427, 7505).

Auscultation.

7510. L'auscultation ne donne dans les angibrômites aucun signe qui mérite d'être signalé. Seulement les contractions auxquelles se livrent les intestins enflammés peuvent, en déplaçant les gaz, donner lieu à des borborygmes. Comme il arrive fréquemment dans les phlegmasies de l'iléon, du cœcum et du colon, qu'il s'accumule dans les gros intestins une quantité plus ou moins considérable de liquides et de gaz, la palpation de ces parties peut y faire alors trouver ce clapotement, ce gargouillement spécial dont il a déjà été

parlé (nº 7709), et qui devient ainsi un signe de quelque valeur dans les phlegmasies entériques. Du reste, c'est ici le même phénomène que le bruit hydraérique donné par la plessimétrie dans des circonstances physiques identiques; il a la même valeur; seulement on le trouve moins fréquemment, parce qu'il suffit d'une très-petite quantité de liquides et de gaz dans les gros intestins pour donner naissance au bruit hydraérique de la plessimétrie, tandis qu'il faut des proportions beaucoup plus grandes pour que le gargouillement de la palpation puisse être produit.

7811. Il résulte de ce qui vient d'être dit sur les phénomènes physiques des angibrômites, que ces affections, à part celles dans lesquelles l'inspection directe peut être faite, ne sont point appréciables par les sens, et que c'est seulement par des symptômes fonctionnels rapprochés de divers signes physiques plus ou moins indirects, que l'on peut juger de l'existence de ces phlegmasies.

Symptomatologie. — Douleur.

7812. La douleur est le caractère le plus tranché de la plupart des angibrômites : elle existe, à des degrés différents, dans les inflammations des diverses parties du tube digestif. En général, elle se rencontre rarement dans l'intestin grêle enflammé, ce qui s'explique de reste, parce que cette portion du tube digestif reçoit des nerfs dépendants presque exclusivement des ganglions; on voit même assez fréquemment, et non sans un sentiment de surprise, des inflammations fort aiguës de l'iléon suivre leur marche et désorganiser l'intestin dans une grande étendue sans que les malades éprouvent sur ces points de vives douleurs. Lorsque le tube digestif enflammé *est à l'état de repos et qu'il ne se contracte pas*, en général il n'y a qu'un sentiment de souffrance obscur, vague et très-supportable. Cette proposition est vraie même du pharynx, de l'estomac et du rectum phlegmasiés. Mais, comme les fonctions des diverses parties de l'angibrôme ne comportent guère un repos continu, il arrive que, d'un moment à l'autre, se déclarent des mouvements qui éveillent des douleurs. Celles-ci deviennent alors d'autant plus intenses que la phlogose est portée plus loin, et que les contractions dont il vient d'être parlé sont plus répétées, plus énergiques et se déclarent dans des parties du conduit alimentaire plus sensibles. Les aphthes de la langue, des lèvres et de la joue sont surtout douloureux, lorsque la mastication et la pho-

nation s'exécutent. Dans la pharyngite, dans l'amygdalite, c'est surtout la déglutition qui cause une vive souffrance, et celle-ci se manifeste d'autant plus souvent que la salive coule à flots, et que le besoin de l'avaler se fait en conséquence plus souvent sentir. A l'estomac, bien que la douleur soit continue, elle a lieu cependant de temps en temps avec plus de violence, constitue souvent alors ce que l'on appelle dans le public colique d'estomac, et cela a lieu lorsque cet organe se contracte. Il paraît que ce n'est guère que lors du mouvement péristaltique ou des pressions exercées du dehors ou par les muscles abdominaux, que le jejunum et l'iléon enflammés sont douloureux, et les contractions des gros intestins phlogosés sont, le plus souvent, accompagnées de souffrances atroces (coliques, *ileus*, coliques de *miserere*, etc.); c'est enfin au moment de la défécation que se produisent principalement de vives douleurs qui ont leur siége dans l'extrémité du rectum enflammé.

7813. Deux circonstances éveillent encore les douleurs dans l'angibrôme phlogosé, alors même qu'il ne se contracte pas : d'une part, c'est la distension de ce conduit par des liquides ou par des gaz; de l'autre, c'est le contact des matières alimentaires solides, liquides, de fèces, de substances irritantes qui se rencontrent dans sa cavité. Sans doute, il peut s'y déclarer des sensations pénibles à l'état de repos et lorsqu'il n'y a ni distension ni irritation par des substances appliquées; mais ceci est infiniment plus rare et les douleurs sont alors sourdes et continues. Dans les cas d'abcès occupant le tissu cellulaire qui entoure l'angibrôme, et, par exemple, dans ceux du pharynx et du pourtour de l'anus, il y a très-ordinairement des douleurs continues pulsatives, c'est-à-dire qui s'exaspèrent, lors des battements artériels.

Modifications dans les sensations internes.

7814. Dans la pharyngite, dans la gastrite, la faim est en général tout à fait nulle, et souvent aussi il y a un dégoût extrême pour les aliments. Quelquefois les malades qui en sont atteints désirent prendre des substances acides. Une sensation de brûlure suit parfois l'abord de la nourriture dans l'estomac enflammé, qui souvent est le siége de la nausée. Ordinairement des sensations du même genre ont lieu dans l'entérite. Le plus souvent la soif est très-vive, alors que l'estomac est phlogosé. Le besoin de la défécation est, en général, très-fréquent dans l'entérite, et l'est d'autant plus que la phlegmasie

occupe une partie plus déclive de l'intestin. Dans la colorectite, il a souvent lieu d'une manière incessante, avec des *ténesmes*, des douleurs insupportables, alors même qu'il n'y a pas de fèces contenus dans le rectum.

Mouvements.

7815. Les mouvements dans les portions du tube digestif enflammées éprouvent des modifications notables. Tantôt les fibres musculaires se contractent de manière à resserrer notablement le calibre de l'intestin. C'est ce qu'on observe principalement pour les sphincters de l'anus alors que le rectum est enflammé ou irrité par le passage répété des matières fécales. Alors aussi les selles deviennent fort difficiles, et il est très-utile de tenir compte en pratique d'un semblable fait qui pourrait bien avoir des analogies avec l'état où se trouve le pylore chez les individus atteints de gastrite. Ailleurs les mouvements volontaires deviennent plus rares, plus éloignés, parce que les douleurs qui les accompagnent portent à les exécuter le moins souvent possible. C'est ce qui a lieu pour les muscles chargés de la déglutition; il semble aux malades, dans la pharyngite, que l'action d'avaler la salive soit plus fréquente qu'à l'ordinaire, parce qu'ils s'aperçoivent de la déglutition à cause de la souffrance dont elle est accompagnée, et cependant elle est encore beaucoup plus réitérée en santé, bien que l'on n'y fasse pas d'attention. Quand l'angibrôme enflammé produit en abondance des liquides plus ou moins irritants, alors les mouvements de ce conduit deviennent très-fréquents et très-énergiques. C'est ce qui a lieu dans certains cas de gastrite par rapport aux vomissements qui se déclarent. C'est ce qu'on observe pour les intestins grêles et surtout pour les gros intestins, alors qu'ils sont atteints d'une vive inflammation avec production de mucosités ou de liquides séreux. Aussi voit-on très-souvent les efforts de vomissements et les défécations répétées être les symptômes de la gastrite pour les premiers, et de l'entérite ou de l'entérocolite pour les seconds.

7816. Rarement les mouvements antipéristaltiques sont-ils produits par des inflammations simples du tube digestif; ils n'ont guère lieu que dans les cas où la phlegmasie, venant à causer une invagination intestinale, des contractions très-énergiques se déclarent. Un épaississement considérable et inflammatoire des tissus ou encore l'accumulation d'une masse de fèces, donnent ainsi lieu à des sténosies, et l'on voit alors se manifester des contractions de bas en

haut qui ont pour conséquences des évacuations de chyme ou même de fèces par la bouche.

7817. A l'occasion d'une angibrômite bien limitée, bien circonscrite, les parties saines exécutent des mouvements variés et de la nature de ceux qui viennent d'être énumérés. Ces phénomènes ont lieu plutôt au-dessus qu'au-dessous du point enflammé. Ainsi l'on verra assez fréquemment se manifester : des vomissements, des hoquets, etc., à la suite des phlegmasies des intestins; et rarement des selles répétées, alors que l'estomac est phlogosé. Lorsque ces évacuations se répéteront fréquemment dans la gastrite, ce sera plutôt à cause du passage des matières altérées provenant de la partie malade que par suite d'une influence dite sympathique exercée par l'estomac sur l'intestin.

Sécrétions.

7818. Les sécrétions qui s'opèrent dans le tube digestif enflammé sont en général augmentées. La bouche et le pharynx se couvrent d'un mucus parfois épais. Déjà nous avons parlé de l'état de la langue, des enduits qui s'y forment en santé et en maladie; nous avons fait voir que ces enduits ne sont pas ordinairement un indice des phlogoses de l'estomac ou de l'intestin, et qu'ils sont enfin, en grande partie, le résultat de la concentration ou de la dessiccation de la salive (n°s 7373, 7571).

7819. L'estomac, l'intestin enflammés forment des mucosités abondantes, parfois épaisses, jaunâtres, puriformes; les ulcérations phlegmasiques sécrètent du pus; les érosions des tissus enflammés laissent écouler du sang. Un liquide séreux est parfois formé en quantité énorme; enfin la plupart des substances que nous avons vues être évacuées par les vomissements ou les selles, sont les produits de sécrétions modifiées (1).

7820. Par une relation très-digne d'être étudiée, les glandes dont les produits s'écoulent par des canaux qui s'ouvrent sur des surfaces angibrômiques enflammées, y versent avec plus d'abon-

(1) C'est sans doute parce que les follicules qui entrent dans la composition de l'angibrôme sont souvent affectés, que les sécrétions sont fréquemment augmentées à un si haut degré dans ce conduit, alors qu'il est phlogosé. Ce fait de l'inflammation des glandes, qui m'a paru si évident pour les amygdales, pour les glandules de l'intestin, s'explique du reste par l'extension de la membrane angibrômique dans la petite cavité du follicule et par le séjour des produits sécrétés dans cette même cavité.

ance ces mêmes produits que cela n'a lieu dans l'état sain. Qu'il en rrive ainsi, par une sorte d'extension du travail phlegmasique, aux naux excréteurs, ou par une congestion générale qui s'opère, non-ulement dans le tissu enflammé, mais encore dans les portions de ppareil circulatoire qui sont communes et à l'angibrôme et aux andes qui lui sont annexées, que cela ait lieu en vertu de quelque fluence nerveuse difficile à bien déterminer, le fait n'en est pas oins très-fréquemment observé. On voit, par exemple, dans la stoatite, surtout lorsqu'existent des ulcérations au voisinage des conuits de Sténon ou de Warthon, la salive couler à flots dans la ouche (1); souvent encore, dans la gastrite et surtout dans la duonite, la bile arrive en quantité parfois énorme dans le tube alientaire, modifiée qu'elle est parfois dans sa densité et dans sa coupr, etc. Il est probable que des phénomènes du même genre ont u pour la sécrétion du pancréas; mais aucun fait positif n'a enre vérifié l'exactitude de cette supposition.

1821. Très-souvent les glandes annexées au tube digestif s'enmment consécutivement à la phlogose de la portion de membrane gibrômique qui correspond aux conduits excréteurs; de cette maere surviennent des parotidites, des hépatites, etc. Mais ce n'est s ici le lieu de parler de tels faits sur lesquels nous reviendrons is loin.

Altérations des fonctions.

1822. Chacun des actes dont sont chargées en santé les diverses rties de l'angibrôme sont plus ou moins altérés, alors que ces par- s sont le siége d'un état phlegmasique. Dans la stomatite et surt dans la glossite, la mastication est douloureuse, difficile, incomte ou impossible. Dans la pharyngite, dans l'œsophagite un peu ense, la déglutition est rendue très-laborieuse, ou même ne peut être exécutée, soit à cause des douleurs dont elle est accompagnée, parce que la tuméfaction des parties phlegmasiées met obstacle action d'avaler. Plus les substances que l'on veut ingérer sont umineuses, solides ou inégales, et plus aussi leur déglutition est, s de tels cas, rendue difficile et pénible. Dans un estomac véritanent phlogosé, la chymification se fait très-mal ou ne se fait pas, 'abord des aliments est suivi d'une augmentation réelle de dou-

) Ceci a lieu, sans doute, en vertu des mêmes circonstances organiques qui que le contact de la pyrèthre sur la membrane muqueuse buccale y fait affluer live.

leur, et souvent de vomissements. Tant que l'entérite est très-aiguë, la chylification s'exécute mal ou ne se fait plus, et l'on voit quelquefois alors les aliments être rendus par les selles dans le même état que celui où ils avaient été ingérés. Le plus souvent, les substances alimentaires séjournent peu dans les intestins enflammés, parce qu'elles y éveillent promptement (surtout lorsqu'elles sont liquides) des contractions rapides qui sont suivies de l'évacuation des matières. La phlegmasie des intestins grêles est parfois suivie de l'extension du mal dans les chylifères. De là résulte que l'absorption du chyle n'aurait pas lieu, alors même que la digestion serait parfaite.

7823. Tels sont les principaux symptômes observables dans le tube digestif, alors qu'il est enflammé.

Rétention ou sécrétion de gaz.

7824. Un des symptômes les plus fréquents et souvent des plus graves des gastrentérites est le dégagement ou la rétention des gaz qui se fait, soit au-dessus, soit au-dessous du point phlegmasié (n° 7424). Une foule d'autres symptômes peuvent survenir dans les autres appareils, consécutivement à la phlegmasie des diverses parties du tube digestif.

Troubles de circulation. Altérations du sang.

7825. Très-souvent le cœur accélère son action, et une chaleur fébrile se déclare alors qu'il s'agit de la pharyngite, de la gastrite et de l'entérite; il est bien plus rare qu'il en arrive ainsi dans la stomatite. Le degré d'intensité de ces troubles circulatoires est souvent ici en raison de l'étendue qu'occupe le mal et de sa gravité. J'ai vu cependant des toxicogastrites très-intenses produites par les acides sulfurique ou nitrique; j'ai vu aussi des phlegmasies très-étendues des plaques agminées de Peyer éveiller à peine un léger mouvement fébrile; tandis que des affections, inflammatoires aussi, mais très-peu vastes ou peu prononcées, sont parfois accompagnées d'une fréquence extrême dans les battements du cœur. Dans des cas pareils, l'état local n'est pas, à beaucoup près, toute la maladie. Bien souvent coexiste alors une anomémie, cause réelle de l'état fébrile.

7826. Aussi voit-on parfois, bien que très-rarement, le sang tiré dans la gastrentérite, se recouvrir d'une couche épaisse de sérosité couenneuse (complication d'hémite); aussi présente-t-il le plus fréquemment peu de densité, une coagulation incomplète, des globules

uges séparés et suspendus dans la sérosité (état présumé septicé-que), etc. Ces phénomènes, encore une fois, ne sont pas des ré-ltats des symptômes, mais bien des coïncidences ou des complica-ns d'états organopathologiques qui ont même pu avoir une in-ence grave sur le développement primitif de l'angibrômite. A une oque avancée de la gastrite et de l'entérite, alors que les évacua-ns abondantes et répétées, que l'abstinence prolongée ont fait rdre une grande quantité de liquides, peuvent survenir des phé-mènes d'anémie ou d'hydrémie dont il est tout à fait utile de tenir mpte en pratique, et qui, dans bien des cas de ce genre, sont les uses réelles de la mort. Ailleurs il arrive encore que des phéno-mènes septicémiques (adynamiques) des plus graves, tels qu'une blesse extrême de la circulation et de l'innervation, tels qu'une rmation facile ou même spontanée de nécrosies du derme ou des sus sous-jacents, etc., se déclarent. Ces accidents funestes sont rfois les conséquences de la pénétration dans le sang des produits érés ou putréfiés que contient l'angibrôme enflammé et ulcéré. oyez dans le tome 3 l'article Septicémie, et dans celui-ci l'ar-le Angibrômite septicémique.)

Troubles dans la respiration.

7827. Les phlegmasies du pharynx ou même celles de la bouche nent souvent d'une manière mécanique le passage de l'air, et par-t la respiration et la circulation. La gastrentérite ayant souvent r résultat un dégagement considérable de gaz dans le tube diges-donne lieu à un refoulement considérable des viscères thoraciques des troubles considérables dans l'action du cœur et dans celle des mons (nº 7521). Lorsque l'estomac ou les intestins douloureux ent l'abaissement du diaphragme, les malades conservent habi-llement et surtout pendant leur sommeil la bouche ouverte. Alors ci ce qui arrive. L'air qui passe et qui repasse sans cesse sur la sur-e de la langue, des dents et des lèvres, y dessèche la salive et une ite quantité de mucus. Il donne ainsi lieu à la formation d'une che plus ou moins épaisse (nº 7373), de sorte que l'aspect mu-ux de la langue n'est pas le moins du monde un signe de gastren-te, mais est en rapport direct avec la gêne à respirer.

828. Aussi, dans les angibrômites, est-ce surtout lorsque les es respiratoires viennent à être le siége de quelque obstacle mécani-à l'entrée de l'air, que la dyspnée étant très-prononcée et la respira-étant accélérée, on voit la langue se couvrir d'une couche épaisse et

noire qui n'est pas plus un caractère d'adynamie que de phlegmasie du conduit de la nourriture. Or, rien n'est plus fréquent, dans les angibrômites aiguës, que l'invasion ou la coïncidence de mucosités, ou d'écume dans les voies respiratoires. Dans ces affections, lorsque le malade a conservé une notable quantité de sang, les cavités du cœur sont distendues par ce liquide, et la respiration en éprouve une gêne nouvelle.

7829. On voit donc combien il existe de circonstances variées d'organisation qui, dans les angibrômites, peuvent donner lieu à l'accélération du pouls, à la chaleur, etc., de sorte que se servir de l'expression fièvre, dût-on supposer à celle-ci d'*innombrables formes*, serait considérer comme une abstraction unitaire et hypothétique des séries de phénomènes extrêmement multipliés.

État des sécrétions cutanées et urinaires dans les angibrômites.

7830. Parfois, quand les phlegmasies du tube digestif sont récentes, et qu'il y a en même temps panhyperhémie, la peau est humide; plus souvent peut-être le derme donne à la main qui le touche un sentiment de sécheresse. Parfois l'épiderme desséché recouvert d'un enduit gras est soulevé par de petites gouttelettes liquides, d'où résulte ce qu'on a appelé des sudamina. Ordinairement l'humidité de la peau tient dans la gastrentérite à une hyperhémie du poumon, ou à une hypersplénotrophie coexistante, plutôt qu'à une relation sympathique admise par les auteurs entre l'angibrôme et le derme. Quand il y a coexistence d'anémie, lorsque surtout la respiration et la circulation sont très-affaiblies, alors il survient une exhalation cutanée due, sans doute, à ce que l'action du cœur est encore suffisante pour porter le sang vers les artères, mais pas assez pour faire progresser le sang veineux. La sueur est, dans un tel cas, accompagnée d'un abaissement de température, à cause de la diminution survenue dans les actes circulatoires et respiratoires.

7831. Quand, dans les angibrômites, la peau est sèche, quand la quantité de substance aqueuse produite par la membrane gastrentérique est considérable, alors l'urine est presque toujours rare, épaisse, sédimenteuse, et donne facilement lieu à des dépôts d'acide urique; quand les évacuations alvines donnent lieu à l'excrétion de beaucoup de matières animales, alors l'urine étant toujours rare, est plus ou moins claire. On a attaché beaucoup d'importance aux divers aspects de l'urine dans les phlegmasies du tube digestif; mais les principales inductions diagnostiques que l'on peut déduire

t examen se rattachent plus ou moins à ce qui vient d'être dit.

Symptômes encéphaliques et nerveux.

1832. On voit survenir pendant la durée d'un grand nombre d'angi-ômites, des symptômes cérébraux et névropathiques très-variés. Il .le plus souvent difficile de décider s'ils sont l'effet, soit de la souf-ınce du tube digestif, soit d'autres états organopathologiques coïn-lents. Fréquemment l'estomac est phlogosé d'une manière très-;uë ou l'intestin hernié est le siége de la plus vive inflammation, ıs qu'il survienne le moindre délire, sans qu'il y ait de la stupeur, ns que les organes des sens donnent lieu à des symptômes tran-és, ou enfin sans qu'il se déclare de contractions spasmodiques. Par ntre, on observe parfois dans des angibrômites médiocrement in-ıses et particulièrement dans l'iléite, dans les fièvres dites typhoï-s, de l'assoupissement, de la stupeur, un délire sourd (typhoma-), de l'abattement ou la fixité du regard, la surdité, les convulsions ces petits mouvements brusques des muscles auxquels on a donné nom bizarre de soubresauts des tendons. Or, dans de tels cas, il évident pour nous qu'il ne s'agit pas d'une *sympathie* existant re le tube digestif et le cerveau, mais bien de la coexistence de ıx états organiques; d'une part, la souffrance gastrentérique; de ıtre, l'encéphalopathie ou la névropathie, qui peuvent elles-mêmes onnaître pour causes une altération de sang. (Voyez les articles xémie, Septicémie, etc.).

1833. Il est encore d'autres symptômes cérébraux ou névropa-ques qui évidemment ne sont pas dus à une influence directe de ıgibrôme sur l'encéphale ou sur le système nerveux. Ainsi dans cas où les sujets ont éprouvé à la suite d'angibrômites quelques ndes évacuations de liquides, ou ont été exténués par l'absti-ıce, il survient des syncopes, et d'autres accidents du même genre sont les résultats de l'anémie.

1834. Quand les caractères anatomiques d'une méningite ou ıe encéphalite viennent à se rencontrer sur les cadavres en même ps que les indices d'une encéphalopathie et d'une gastrentérite, ıe serait pas une raison de croire que cette dernière affection a essairement produit la première. C'est le plus souvent ici une me cause qui agissant sur deux organes différents a produit le me effet sur chacun d'eux.

1835. Lorsqu'une amygdalite gêne fortement la respiration, des idents cérébraux peuvent en être médiatement les conséquences.

7836. D'un autre côté, dans presque tous les cas de gastrentérite, même légère, les malades se plaignent d'une douleur sus-orbitaire intense. Celle-ci n'est pas profonde et occupe évidemment, non pas le cerveau ou ses membranes, mais bien les nerfs de la cinquième paire (ce qui a lieu sans doute en vertu de quelque communication avec la huitième) ; c'est au front, dans la direction et sur le trajet des rameaux du frontal ; c'est dans l'orbite, près de la partie supérieure du globe de l'œil, que la douleur dont il s'agit est en général la plus développée.

7837. D'autres accidents névropathiques, tels que des névralgies intercostales, des contractions tétaniques, se développent consécutivement à l'influence du tube digestif enflammé sur la moelle rachidienne ; mais, à coup sûr, un tel fait est rare, et bien des choses que l'on a dites et écrites sur ce sujet, il y a quelques années, étaient complétement hypothétiques, et se ressentaient des doctrines qui alors avaient envahi la pathologie entière.

7838. On voit encore se dessiner des symptômes cérébraux graves dans certaines angibrômites produites par des poisons et notamment par l'alcool pris à des doses élevées ; mais évidemment c'est ici d'une concomitance d'états organiques qu'il s'agit et non pas d'une influence du tube digestif sur le cerveau. Ce sont, en effet, les poisons absorbés qui, dans de tels cas, donnent lieu à l'encéphalopathie observée. Enfin les liquides septiques déposés dans l'angibrôme à la suite de phlegmasie avec nécrosie, peuvent être absorbés, reportés par la circulation vers le cerveau, et donner lieu, soit à du délire, soit à un extrême affaiblissement de l'action nerveuse.

7839. Telle est la manière large dont il faut considérer les *accidents nerveux* dans les angibrômites. Il ne faut pas voir en eux le produit d'une seule cause, d'un seul acte ou d'une seule influence organique. Naguère encore un grand nombre de médecins rapportaient à l'irritation et à l'inflammation de l'estomac, et à la relation sympathique existant entre cet organe et l'encéphale, les phénomènes *ataxiques* des fièvres. D'autres ont étendu ces mêmes idées à l'intestin ; mais ni l'une ni l'autre de ces manières de voir n'est conforme aux faits. Le mot ataxie employé par Pinel et adopté par d'autres auteurs n'exprime qu'une condition des phénomènes qu'on observe. Il ne désigne pas le moins du monde les circonstances physiologiques et pathologiques qui donnent lieu à cette ataxie. Le mot malignité si largement employé par les anciens et encore usité par quelques

odernes, n'exprime que le danger dont ces accidents sont accom-gnés, et ne donne l'indication de rien. Quand on ajouterait à ces ots *génie* ou *forme*, on n'en dirait pas davantage. L'ataxie, la mali-ité ne sont ni des génies ni des formes, ce sont des manières ano-iles dont s'exécutent les fonctions du système nerveux, et cela us les influences les plus variées. On les a, autrefois comme au-ird'hui, très à tort individualisées, ce qui a conduit à la fausse ée de chercher un médicament ou une série de médicaments pour combattre. Ce n'est pas un remède qu'il s'agit d'opposer à la ma-nité, ce sont des médications variées qu'il faut employer contre phénomènes organiques divers qui donnent lieu aux accidents axiques.

Caractères des angibrômites considérées en particulier.

7840. — *Stomatite*, rougeur, tuméfaction, douleur, chaleur, ul-rations des diverses parties de la membrane buccale. Souvent les ints de la bouche les plus malades correspondent à des inégalités, des caries, à des concrétions salivaires des dents. Les mouve-ents que la bouche exécute sont gênés et augmentent la souffrance i existe surtout au niveau des parties les plus malades. La saliva-n est fréquente et exagérée. Rarement, dans la stomatite simple, ste-t-il des phénomènes généraux du côté de la circulation. Dans glossite, c'est la tuméfaction, la douleur, la gêne extrême dans la onation, la mastication, qui sont les principaux caractères du mal. nflammation des follicules sécréteurs de la membrane muqueuse et petites ulcérations qui ont lieu au sommet, ont reçu le nom *phthes*, et sont appréciables à l'œil nu ; seulement la chaleur brû-te qu'ils causent, surtout à l'occasion des mouvements de la bou-, met sur la voie pour en découvrir le siége (1).

7841. — *Pharyngite*, rougeur, douleur, chaleur, tuméfaction, érations de la paroi postérieure du pharynx, du voile du palais, ses piliers, et des amygdales qui parfois sont recouvertes d'un en

1) La stomatite la plus simple peut cependant déterminer parfois des acci-its fort graves et même mortels. C'est ainsi que j'ai eu la douleur de voir périr, is le mois d'avril de cette année, un jeune médecin de mes élèves, M. Caruel, , à la suite de l'évulsion d'une dernière molaire, éprouva une inflammation essive de la membrane buccale. La phlegmasie se propageant dans le tissu cel-aire sous-jacent, y causa des abcès, envahit la parotide, fut suivie d'abcès des ites d'un certain degré d'exophthalmie, peut-être d'une encéphalopyite de la se, et finit ainsi par faire périr le malade en peu de jours.

duit pultacé. Quand le mal dure quelque temps, il est à craindre qu'il se manifeste un abcès existant fréquemment au-dessus et en dehors de l'amygdale. Cette ethmopyite, reconnaissable à une tumeur existant du côté malade, ne se manifeste pas du côté opposé. Il survient de la gêne et de la douleur lors de la déglutition. Beaucoup de salive coule dans un temps donné et s'échappe par la bouche. Cette accumulation de salive est souvent la cause d'enduits épais de la langue. La voix prend un caractère guttural spécial; le médecin, en entendant parler le malade, reconnaîtra parfois l'existence de la pharyngite ou même de l'amygdalite. Souvent, à la suite de la tuméfaction des amygdales, surtout chez les enfants, la respiration est difficile, la circulation accélérée et la température de la peau élevée. Dans quelques cas assez rares, se prononcent dans les parties voisines du pharynx enflammé, des névralgies, et des symptômes cérébraux ont lieu.

7842. *OEsophagite.* — Ici existe une douleur, lors de l'action d'avaler et du cathétérisme œsophagien. En général, la maladie commence à se déclarer à l'occasion de la déglutition de corps plus ou moins durs, volumineux ou inégaux, ou de l'ingestion de substances irritantes. Le temps qui s'écoule entre le moment où la déglutition commence et celui où se prononce la douleur est un indice précieux du point de l'œsophage où la phlegmasie a son siége. Le palper de ce conduit au cou et sur le côté gauche du larynx en augmentant la douleur de ce point indique encore parfois le siége du mal. Lorsque l'œsophagite est portée loin, elle peut occasionner une sténosie suivie de vomissements qui se déclarent très-peu de temps après celui où la déglutition commence. Rarement l'œsophagite est-elle accompagnée de phénomènes fébriles.

7843. *Gastrite.* — Une douleur en général assez vive existe ici au creux de l'estomac; la plessimétrie fait constater que c'est bien cet organe, et non pas le foie ou le colon, qui se trouve sur le lieu douloureux. *En auscultant l'épigastre pendant qu'on boit, on entend le liquide tomber au niveau de ce même point.* La douleur devient plus intense lorsque des aliments ou du vin sont ingérés. Ces substances causent souvent à l'épigastre un sentiment de brûlure. Nausées, vomissements de liquides muqueux, salivaires, acides ou alcalins, bilieux, survenant spontanément, ou encore vomissements provoqués par l'abord des aliments ou des boissons dans l'estomac; tels sont les symptômes principaux de la gastrite, qui peuvent manquer, mais ils se rencontrent dans des cas autres que cette maladie. Il en est ainsi de

digestions languissantes. Plus les vomissements se déclarent promptement, après l'ingestion première des aliments dans l'estomac, et plus, *en général*, la phlegmasie est intense. On observe fréquemment, dans la gastrite, de l'inappétence, du dégoût pour les aliments, une soif vive et un désir de prendre des boissons acides. *Les enduits de la langue n'indiquent pas que l'estomac soit enflammé, et la rougeur de celle-ci ne le prouve pas davantage* (n° 7373). Très-ordinairement, lors de l'inflammation gastrique, on observe plutôt l'absence de selles que du dévoiement. Dans la plupart des gastrites franches, il y a une accélération du pouls et de la chaleur; mais le fait n'est pas constant, et l'on voit quelquefois des inflammations toxiques survenir dans l'estomac, sans qu'il y ait de mouvement fébrile appréciable. En général, la respiration est gênée, et cela à cause de la douleur épigastrique qui rend pénible l'abaissement du diaphragme.

7844. Beaucoup d'affections dites gastrites par un bon nombre de médecins, présentent des symptômes généraux et locaux bien moins tranchés : ce ne sont pas là des phlegmasies, mais bien des états pathologiques chroniques et qui n'ont en rien les caractères des phlegmasies. Souvent, dans la gastrite, la respiration est excessivement gênée, et la circulation très-altérée sous le rapport de sa fréquence et de sa force ; mais alors il y a presque toujours des synorganopathies; telles qu'une entérite, telles que la dilatation de l'angibrôme par les gaz, ou qu'une anémie suite de la perte de liquides, etc. Ces états pathologiques, bien plus que la gastrite elle-même, déterminent des troubles circulatoires et respiratoires.

7845. *Duodénite.* — Douleur circonscrite à une partie de l'intestin situé à droite au-dessous du rebord du foie, et *en dehors* du lieu sur lequel, en faisant coucher le malade à droite (et cela après l'avoir fait boire), on trouve une matité en rapport avec la présence de l'estomac. On conçoit encore que cette douleur pourrait exister très-profondément derrière l'ombilic et suivant une direction transversale; elle serait exaspérée par la palpation et par la plessimétrie très-profondément pratiquée. Il m'a semblé, dans quelques cas, trouver sur le lieu de l'abdomen où existent les deux premières portions du duodénum, une matité avec douleur qui correspondait à cet organe. Ces phénomènes se dissipaient les jours suivants. De tels accidents tenaient, sans doute, plutôt à une accumulation de matières dans le duodénum qu'à un état phlegmasique. La cholédocite et la

sténosie des voies biliaires peuvent être parfois les conséquences de la phlegmasie du duodénum. J'en ai vu quelques exemples. Toutefois, dans le plus grand nombre des cas de cholémies (ictère) observés par moi, il n'y avait à coup sûr aucun signe de duodénite, et dans un très-petit nombre de faits où j'ai cru à l'existence d'une inflammation du duodénum, il ne survint pas d'ictère. Les symptômes généraux et locaux de la phlegmasie du duodénum qui, du reste, est assez peu connue, doivent avoir la plus grande analogie avec ceux de la gastrite et de la jéjuniléite.

7846. *Entérite.* — Dans les cas très-aigus, il existe des douleurs plus ou moins vives sur les points du jéjunum et de l'iléon frappés de phlegmasie ; mais, pour peu que le mal soit moins violent ou plus chronique, à peine, dans cette inflammation, les malades se plaignent-ils de douleurs qui souvent ne sont pas éveillées par la palpation ni par la percussion. Quelquefois le contraire a lieu. C'est particulièrement au niveau de la partie voisine de l'hypochondre et en dedans du cœcum que ce sentiment pénible est éveillé. Les malades en général ne se plaignent pas spontanément de l'éprouver. Souvent, dans de tels cas, existe une aérenterectasie, et plus ordinairement encore le cœcum et l'S iliaque sont remplis de matières liquides auxquelles les tissus enflammés ont donné naissance (alors existent une matité plessimétrique et du bruit hydraérique dans l'étendue de l'espace occupé par ces viscères). Les selles, dans l'entérite, sont en général fréquentes, liquides, jaunâtres, grisâtres, mélangées d'aliments mal digérés, parfois aqueuses, ou encore elles contiennent des fragments d'albumine coagulée, ou du mucus, du mucopus, ou des stries de sang très-altéré ou même des pseudoméninges. Dans les cas graves, ces selles peuvent être en quantité considérable. Il est très-rare que l'entérite véritable existe sans augmentation dans la sécrétion muqueuse. Quand il n'y a pas de selles, presque toujours la présence de la matité dans les gros intestins qui font suite à la partie malade, prouve que des liquides sont encore formés en quantité plus grande qu'à l'ordinaire. C'est même là un caractère qui, ne se trouvant pas dans la péritonite, est un moyen de plus pour distinguer la phlegmasie de l'intestin grêle de celle du péritoine. Très-souvent, dans l'inflammation intestinale, existent des troubles plus ou moins graves de la circulation et de la respiration. Ces troubles sont les conséquences : soit de l'influence exercée directement sur le cœur et les poumons par l'organe enflammé; soit du refoule-

ment des viscères par des gaz ; soit de la douleur qui gêne l'abaissement du diaphragme ; soit de l'anémie qui résulte des pertes de liquides; soit enfin de l'absorption des matières animales altérées que contient l'intestin grêle. Ordinairement, dans l'entérite, le pouls fréquent, dur, parfois assez fort, est ailleurs déprimé et misérable. Un état d'abattement général, un faciès particulier, de la stupeur, etc., se manifestent souvent dans l'inflammation dont il s'agit; mais c'est qu'alors il y a presque toujours coexistence de septicémie ou d'encéphalopathie.

7847. *Cœcumite, colite* (dysenterie sporadique des auteurs). — La douleur augmentant par la pression ou par la percussion, et existant sur les parties de l'abdomen où l'anatomie et la plessimétrie apprennent que le cœcum ou les diverses parties du colon se trouvent placées, est l'un des principaux indices de la phlegmasie de ces intestins. Cette douleur, lorsqu'elle occupe le colon, a un caractère particulier; elle ressemble en général aux coliques légères qui précèdent en santé le besoin de rendre les fèces; mais, beaucoup plus intense, elle est portée dans certains cas à un tel degré que les malades jettent des cris et se tordent dans le lit. Cette souffrance aiguë revient par intervalle et semble, tant que la phlegmasie s'accroît, augmenter, d'un moment à l'autre, de violence. C'est dans *la colite* que les selles contiennent le plus souvent du mucus, du mucopus, du pus, des fausses membranes, des stries de sang les évacuations, d'abord assez abondantes, se réitèrent si souvent dans certains cas que le malade, à chaque fois, ne rend qu'une petite quantité des matières dont il vient d'être fait mention. Quand le rectum lui-même s'enflamme, ce qui ne manque guère d'arriver à la longue, il se manifeste, lors de la défécation, des souffrances très-pénibles de l'anus. Ces souffrances ont lieu dans le bourrelet du rectum qui fait saillie alors que le malade va à la selle. Des matières liquides, des gaz s'accumulent souvent dans les parties situées au-dessus et au-dessous du point affecté et y sont reconnues au moyen de la matité plessimétrique. Quand le rectum est phlogosé, on peut le constater par l'inspection et par le toucher. Dans la *colite*, ou, si l'on veut, dans la dysenterie, se manifestent des symptômes généraux plus ou moins semblables à ceux qui ont lieu dans l'entérite et qui sont dus à des circonstances semblables. Quand la dysenterie est intense, très-souvent coexiste un état septicémique très-grave. La fétidité des selles qui a lieu dans la plupart des phlegmasies des intestins, surtout quand elles sont

accompagnées, comme cela arrive souvent, de la stase des matières fécales, est surtout très-marquée dans la colorectite. Celle-ci est souvent compliquée d'escarrhes de la membrane muqueuse et même de la peau du sacrum. Ce dernier accident, dû en grande partie au contact des matières putrides avec le derme, et ailleurs à une cause interne et à une éruption concomitante (septicémie, dermite septicémique), a souvent lieu aussi dans l'iléite intense et dont la durée se prolonge.

Abcès de la fosse iliaque droite et de la marge de l'anus.

7848. Des abcès se déclarent quelquefois consécutivement, 1° à la cœcumite, et 2° à la rectite. Dans le premier cas, ils sont souvent la conséquence d'une perforation de l'intestin et de la pénétration du liquide et du gaz dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque. Ils se reconnaissent aux circonstances antérieures d'une *cœcumite*, à la douleur intense dont ils sont accompagnés, à la tension de la région iliaque, à la matité qu'on y obtient par la plessimétrie, à la fluctuation que plus tard on y découvre, à la rougeur inflammatoire des téguments, aux pulsations qui s'y font sentir et au redoublement fébrile observé. Dans le second cas, les abcès au pourtour du rectum donnent lieu à des accidents généraux et à des phénomènes locaux vers l'anus, semblables à ceux que nous venons de voir exister pour la cœcumite suivie d'ethmopyite dans la région iliaque droite. (Voyez pour plus de détail les ouvrages de pathologie chirurgicale.)

Phlegmasie de l'appendice vermiculaire du cœcum.

7849. On a étudié avec soin, depuis quelques années, l'inflammation isolée de l'appendice vermiculaire du cœcum (Mondière, Danse, Mêlier, etc.). Il est sans doute fort difficile de pouvoir donner des signes positifs de la lésion d'une partie si peu importante, dont la dimension est si petite, et qui se trouve pour ainsi dire confondue et cachée dans les circonvolutions intestinales. Toutefois, une douleur très-fixe, limitée à un espace de forme allongée et tout à fait voisin du cœcum, la plessimétrie trouvant que cet organe et le colon ne correspondent pas à ce point douloureux, et, de plus, les autres phénomènes de phlegmasies propres aux gros intestins, pourraient donner quelques indices du cas dont il s'agit. Plus tard, si une perforation de l'appendice vermiculaire avait lieu, une péritonite partielle, ou un abcès dans la fosse iliaque droite, conduirait encore davantage à supposer qu'il s'est agi de l'inflammation de l'appendice cœcal.

Marche, durée, pronostic.

7850. Les phlegmasies dont il vient d'être fait mention sont trop variables sous le rapport de leur marche et de leur durée pour qu'il soit possible d'établir à ce sujet quelque chose de précis. Les unes sont précédées d'un état général, tel que malaise, frisson, fièvre, et c'est ce qui a lieu dans les cas compliqués où la stomatite, la gastrentérite, la colite, sont les résultats de quelque anomémie; les autres débutent d'une manière instantanée, sans qu'aucun trouble dans la santé générale ait commencé à se manifester; c'est ce que l'on observe surtout dans les angibrômites qui sont dues à l'action de causes matérielles, telles que des poisons, des aliments difficiles à digérer, etc. Tantôt, dès le début du mal, les symptômes sont portés à un très-haut degré, c'est ce qui a lieu principalement lorsque des agents délétères quelconques viennent à être directement en contact avec la membrane interne de l'angibrôme. Ailleurs, au contraire, le mal commence d'une manière obscure, s'élève peu à peu à une intensité plus grande, et finit par avoir une excessive violence; puis, après une durée de quelques heures, de quelques jours, et malheureusement, parfois, de quelques semaines, il diminue graduellement et finit par disparaître. C'est ce que l'on voit principalement dans les phlegmasies du tube digestif produites par la septicémie. La marche du mal est souvent celle-ci: légères douleurs qui augmentent peu à peu, puis troubles fonctionnels locaux, puis état général fébrile, d'abord avec réaction vive; alors augmentation incessante dans les symptômes locaux. Plus tard, à mesure que les évacuations s'opèrent et que le malade ne répare pas ses pertes : affaiblissement, anémie, etc., persistance ou diminution graduée des phénomènes locaux, affections consécutives du poumon, du cœur ou du cerveau, agonie et mort. Cette marche si fâcheuse a surtout lieu dans la phlegmasie gastrentérique ou dans la colite portée à un très-haut degré.

7851. Parfois, mais assez rarement, il arrive qu'une phlegmasie se prononce d'abord à la gorge, puis s'étend de proche en proche à l'œsophage, à l'estomac, vers l'intestin grêle, et enfin vers le gros intestin. Ceci a souvent lieu pour certaines phlegmasies avec formation d'enduits pultacés (aphthes de certains auteurs). Je ne connais pas d'observation dans laquelle la maladie se soit étendue de bas en haut. Dans des cas très-nombreux, des angibrômites plus ou moins légères durent peu et ne laissent aucune trace de leur présence;

ailleurs, elles sont suivies de troubles dans la digestion, et d'indices de souffrances chroniques qui peuvent être en rapport avec des ulcérations, des carcinômes, des engorgements ou des abcès des ganglions lymphatiques correspondants aux vaisseaux qui partent des points du tube digestif malade. Ces cas ont été souvent considérés comme des phlegmasies chroniques. Ce sont peut-être là des conséquences d'inflammations, mais ce ne sont plus des phlegmasies. Pour que ce fût une phlogose chronique, il faudrait que les symptômes prononcés des inflammations angibrômiques continuassent longtemps, et cela ne se voit guère. Il peut arriver cependant que les causes qui ont déterminé la première invasion se reproduisant, le mal reparaisse à plusieurs reprises ou soit entretenu longtemps. Ce seraient là les véritables angibrômites chroniques qui, du reste, sont assez rares et qui ont été considérées comme fréquentes, seulement parce qu'on a confondu avec les inflammations une foule d'états organopathologiques qui en diffèrent par les causes, par les symptômes, par la nature et, en conséquence, par le traitement.

7852. Très-rarement voit-on que les angibrômites présentent quelque périodicité dans leur retour; cela semblerait quelquefois avoir lieu chez les femmes pour des pharyngites, et chez l'homme pour des rectites d'ailleurs peu graves et de peu de durée; mais, dans de tels cas, c'est un état panhyperhémique qui donne naissance à ces phlegmasies, et comme cet état se renouvelle après un certain temps, alors la lésion locale qui en est la suite se reproduit aux mêmes époques.

Étiologie, pathogénie.

7853. La plupart des causes qui président au développement des angibrômites, et la plupart aussi des considérations importantes relatives à leur pathogénie, ont été étudiées ou présentées dans les paragraphes précédents. Ajoutons seulement quelques réflexions à celles qui ont précédé.

Prédispositions, âges, sexes.

7854. Tous les âges, toutes les constitutions, les deux sexes, sont exposés aux angibrômites. C'est surtout à l'époque de la dentition que la stomatite est fréquente; aussi l'observe-t-on très-fréquemment dans les premières années et vers l'âge de sept ans. Elle présente alors des caractères variés. C'est dans les premières années de la vie qu'a lieu une éruption inflammatoire avec dépôt d'une substance blanchâtre et pultacée, éruption à laquelle on a donné les noms de

muguet, d'aphthes benins, etc., et qui, tantôt sporadique, tantôt épidémique, se prolonge parfois dans le pharynx, descend vers l'œsophage, l'estomac, l'intestin, et est souvent alors suivie de vomissement et d'évacuations de matières dont l'apparence est herbacée. Chez les jeunes enfants qui se trouvent rassemblés dans un espace étroit proportionnément à leur nombre, chez ceux qui habitent des lieux insalubres, ou qui sont malproprement tenus, l'affection précédente est modifiée d'une manière funeste, et cela très-probablement à cause de la septicémie coexistante. Alors se déclare une inflammation intense de mauvaise nature (aphthes malins, muguet malin), souvent suivie de nécrosie qui, s'étendant au loin, détermine ordinairement la mort. Un appareil de symptômes généraux en rapport avec une semblable lésion, ne manque point alors d'avoir lieu. Souvent, chez les enfants très-jeunes ou même à la mamelle, vient à se déclarer, au voisinage des dents qui poussent, de petites rougeurs gingivales qui, très-douloureuses, font crier sans cesse ces petits êtres, les privent de sommeil, et sont parfois accompagnées d'encéphalopathies fort graves. On voit, dans les mêmes circonstances, se développer fréquemment une entérorrhée ou une entérite légère bien connue des nourrices, mais qui exige bien plus de soins que le public n'est porté à en donner. *Les stomatites du jeune âge, surtout celles qui sont accompagnées d'ulcérations et d'abcès, méritent surtout de fixer l'attention, à cause des ganglionites sous-maxillaires dont elles sont si fréquemment les causes organiques, et que la plupart des médecins considèrent comme des scrofules. Vers l'âge très-variable, du reste, où poussent les dernières molaires, les stomatites bornées, circonscrites aux points où ces dents tendent à sortir des alvéoles, se prononcent très-fréquemment et donnent lieu à des ulcérations plus ou moins profondes, à bords souvent inégaux, à fond grisâtre et qu'il faut bien se donner garde de prendre pour des affections syphilitiques, mercurielles ou scorbutiques.* Dans la vieillesse, d'autres stomatites se déclarent fréquemment et tiennent encore à l'état où se trouvent les dents. Mais ici c'est l'ébranlement de ces os, ce sont leurs fractures, leurs caries, leurs débris, c'est le tartre qui recouvre leurs racines dénudées, qui sont les causes principales des accidents. Encore une fois, on ne peut assez tenir compte dans la stomatite de l'état où se trouvent les organes dentaires.

7855. Les vieillards sont sujets à éprouver, par suite de la stase des matières fécales, des entérites, des colites, et surtout des rectites.

C'est en général entre la trentième et la soixantième année de la vie que l'on voit le plus fréquemment se déclarer des gastrentérites très-aiguës. Le vieillard est souvent atteint d'une entérorrhée chronique qui a été souvent, mais à tort, considérée comme un état phlegmasique.

7856. Plus que les hommes, les femmes sont sujettes à la pharyngite. Elle se déclare principalement à l'époque des règles et n'a point alors de gravité. La gastrentérite aiguë et franche est peut-être plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Du reste les tableaux statistiques que l'on pourrait faire sur ce sujet n'auraient qu'une importance pratique fort légère. Si les femmes sont en général moins souvent atteintes que les hommes d'affections aiguës, et parmi celles-ci de gastrites ou d'entérites, c'est qu'elles se livrent à moins d'excès et que les circonstances dans lesquelles elles se trouvent les exposent moins à ces maladies.

7857. La température élevée et, par conséquent, l'habitation dans les contrées qui se rapprochent de l'équateur, l'influence de l'été et de l'automne, sont des circonstances qui favorisent singulièrement le développement de la gastrentérite, et surtout de la colorectite. Le plus grand nombre des épidémies de dysenterie ont été observées en été et en automne, et le choléra morbus sporadique se déclare dans les pays méridionaux plutôt que dans les pays septentrionaux. Du reste, on voit, dans des contrées diverses, les gastrentérites se déclarer avec des caractères différents. Dans les Indes, le foie est plus ou moins compromis à la suite de la gastrite; fréquemment, dans les Antilles, se manifeste la maladie complexe dite fièvre jaune, dans laquelle existent, à coup sûr, des phénomènes qui se rapportent à l'angibrômite; en France et dans le nord, trop fréquemment se déclare une iléite accompagnée de symptômes septicémiques, etc.; mais, dans tous ces cas, il ne s'agit pas d'une angibrômite simple, mais de la réunion de cette affection avec une toxicohémie spéciale (1). Nous renvoyons pour l'étude des causes

(1) « Dans les contrées intertropicales, l'action seule de la chaleur atmosphérique, isolée de toute autre influence, semble déterminer cette espèce de dysenterie, à laquelle on a donné le nom de dysenterie muqueuse des pays chauds; affection grave, très-souvent mortelle, et qui sévit principalement sur les Européens non acclimatés. Les médecins français appelés à exercer dans les colonies (à Cayenne, à la Havane, à la Martinique, etc.) ont parfaitement distingué cette dysenterie de celle qui se complique de phénomènes septicémiques, et qui est partout le résultat de l'action de la chaleur combinée avec d'autres causes. Élevés et

susceptibles de produire ces états complexes, à l'étude des anomoémies (tome 3 des Monographies).

7858. Les conditions d'humidité et de froid que l'atmosphère

nourris dans les idées de la médecine dite physiologique, ils la traitèrent longtemps comme une inflammation pure, qu'ils attribuaient à l'influence excitante de la chaleur, à la répercussion de la perspiration cutanée, etc. Les malades soumis au régime antiphlogistique succombaient rapidement. Les médecins anglais, qui employaient le calomélas, ne réussissaient guère mieux dans leur pratique. Enfin, depuis quelques années, on s'est fait de la dysenterie muqueuse une idée toute autre, fondée sur des considérations physiologiques nouvelles. Lorsqu'un Européen arrive pour la première fois dans les régions voisines de l'équateur, il éprouve d'abord une excitation générale très-marquée : — accélération de la circulation, élévation de la température du sang (jusqu'à 2° — Boussaingault), disposition aux congestions cérébrales ou pulmonaires, aux apoplexies, aux hémorrhagies. — C'est là ce qu'on peut appeler la première période; après quoi, une seconde période succède, caractérisée par d'autres symptômes, dont le principal est l'activité prodigieuse de l'exhalation cutanée. Plus la peau fonctionne avec énergie, plus on remarque un affaiblissement correspondant de la membrane interne du tube digestif L'élaboration des aliments se fait mal dans l'estomac et dans l'intestin grêle, quelquefois même elle est complétement interrompue. Les aliments non digérés deviennent comme un corps étranger qui, s'arrêtant dans le gros intestin, l'irrite et produit cette inflammation qui constitue la dysenterie muqueuse. Cette théorie de la dysenterie muqueuse des pays chauds s'apprécie sur des faits :

1° Tous les individus qui périssent pendant cette seconde période dont j'ai parlé, quelle que soit la cause de leur mort, présentent à l'autopsie cadavérique une atrophie remarquable de l'estomac et de l'intestin, un amincissement notable de la tunique musculeuse, une altération de la membrane muqueuse que je ne saurais décrire ici, mais qui n'a rien de commun avec un état inflammatoire.

2° L'usage du bétel, des épices, est, pour ainsi dire, instinctif parmi les indigènes de ces contrées, et devient même un besoin pour les acclimatés.

3° Les alcooliques en petite quantité, sont toujours employés avec avantage alors que l'acclimatement est complet, et même pendant la seconde période que traversent les Européens non acclimatés, pourvu que la portion supérieure du tube intestinal soit parfaitement saine.

4° D'un côté, les antiphlogistiques sont toujours nuisibles dans la dysenterie muqueuse; d'un autre côté, l'ipécuacuanha sous diverses formes réussit presque constamment, à tel point que, depuis plusieurs années, ce mode de traitement a détruit, pour ainsi dire, tout le danger de cette maladie auparavant si terrible.»

Voir, pour plus de renseignements, une thèse de M. Gaidan (1836 ou 37) intitulée : De la dysenterie muqueuse dans les pays chauds.

Voir les ouvrages de MM. Levacher, Belot, Segond, etc. (Note communiquée par M. Hippolyte Royer-Collard.)

présente ont une influence manifeste sur le développement de certaines stomatites qui font partie des symptômes du scorbut. Nous renvoyons encore pour cette question à l'étude des anomohémies (aplasticohémie ou scorbut).

Causes physiques, mécaniques, chimiques.

7859. Nous avons vu que la stomatite qui peut nous servir d'exemple pour les autres parties de l'angibrôme, est souvent entretenue par des causes physiques ou mécaniques, telles que les inégalités des dents, le tartre dentaire, etc. Quelquefois des agents toxiques donnent naissance à cette inflammation, mais ailleurs on ne trouve point de causes locales qui aient pu la produire, et l'on est obligé d'admettre que certaines causes internes, parfois assez évidentes, d'autres fois plus inconnues, ont occasionné le développement de la phlegmasie locale. Ainsi, pour le premier cas, l'intoxication mercurielle, suite de l'absorption, détermine des inflammations des gencives et de la bouche. Ainsi, pour la seconde catégorie de faits, la variole, la scarlatine et la rougeole occasionnent des pustules ou des rougeurs de la membrane muqueuse orale; ailleurs même, les stomatites se développent par suite de quelques causes intérieures, sans qu'on puisse déterminer en quoi celles-ci consistent. En effet, les aphthes, l'*herpes labialis* qui ont lieu sur la membrane muqueuse buccale, paraissent être souvent liés à un état intérieur qu'on ne peut ni préciser ni nommer. On voit encore l'accomplissement de l'acte masticateur augmenter les douleurs et entretenir les accidents.

7860. Or, la membrane muqueuse de la bouche peut, sous le rapport des causes des phlegmasies, nous offrir le tableau de ce qui doit arriver pour les parties de l'angibrôme profondément placées. D'après l'analogie existant entre les phénomènes de la stomatite et ceux de la gastrentérite, comme aussi d'après un grand nombre d'autres faits, on est porté à admettre, 1° que le contact de corps irritants, d'acides, de substances corrosives, et par conséquent d'un grand nombre de poisons, peut occasionner la gastrite ou l'entérite; 2° qu'il en est ainsi de certains aliments qui semblent agir d'une manière chimique et spéciale (il est des personnes qui ne peuvent prendre du porc, ou même du veau, sans être atteintes d'une entérite légère); 3° que des causes mécaniques, telles que la contusion de l'estomac ou de l'intestin donnant lieu à quelque altération de structure, ou telle encore que des fragments d'os, des arêtes de poisson ou tout autre corps aigu ou dilacérant (par exemple une ai-

uille comme dans un cas observé par M. Hervez de Chegoin), peu-ent produire le même effet; 4° que des aliments incomplétement ·iturés, et plus ou moins réfractaires à l'action de l'angibrôme, ue des substances de facile digestion, mais qui, par une cause ccidentelle, n'ont pas été convertis en chyme, peuvent donner eu à une phlegmasie gastrentérique; 5° ailleurs, la gastrentérite st aussi le résultat de causes qui ont agi sur le sang. C'est ce ui a lieu pour les accidents que le tube digestif présente dans la ariole, la rougeole, la scarlatine, le choléra, la fièvre jaune, l'en-érite septicémique, le typhus, la morve, la dysenterie épidémi-ue, etc.; il existe ici (ou du moins la marche des accidents porte à admettre) des poisons spéciaux qui exercent d'abord une action ur le sang ou qui, circulant avec lui, vont ensuite modifier l'angi-rôme d'une manière plus ou moins grave et souvent funeste. Ce ait est analogue à quelques autres qu'il est bon de rappeler. Les urgatifs âcres ou les émétiques puissants (l'huile de croton tiglium, e tartre stibié), absorbés par la peau ou introduits dans le sang, ollicitent des contractions du tube digestif; si l'on vient à respirer s gaz des amphithéâtres, les selles ont une odeur spéciale très-étide, et il survient souvent une entérorrhée ou même une entérite ui dure plusieurs jours; j'ai vu trois fois des maçons qui, tra-aillant pour la première fois dans des caves voisines de fosses d'ai-ance, ou dans des endroits contenant des matières putrides, y vaient respiré un air infect; ils furent subitement pris d'une phleg-nasie des intestins qui dura plusieurs jours. Ainsi l'existence de nodificateurs qui agissent sur l'angibrôme par la médiation de la irculation ne peut guère être révoquée en doute. Les expériences ur les animaux relatives à l'injection des matières putrides dans s veines (Gaspard), celles sur la respiration d'un air contenant es émanations putrides, dans lesquelles on voyait bientôt des ac-idents graves survenir du côté du tube digestif, confirment encore a réalité des considérations précédentes.

Boissons froides ; boissons alcooliques.

7861. On voit encore l'ingestion de corps froids brusquement ortés dans l'estomac donner lieu à l'invasion d'une gastrite aiguë. C'est surtout lorsque règne une température élevée que l'on a ob-ervé de tels faits. Il y a quelques années, les personnes qui, pen-lant de vives chaleurs, prirent des glaces au Palais-Royal, urent atteintes d'accidents semblables à ceux des phlegmasies les

plus aiguës de l'estomac. Les informations et les recherches auxquelles l'autorité se livra ne permirent pas d'admettre qu'il y ait eu d'autres causes à de tels accidents que le contact de corps froids sur la membrane gastrique. D'ailleurs ce n'était point là une chose nouvelle : dans les contrées où règne une température élevée, on voit fréquemment l'usage abusif des boissons froides, surtout lorsque le corps est en sueur, ou que l'estomac est très-excité, déterminer une gastrentérite.

7862. Les boissons contenant des quantités notables d'alcool, ou des substances très-stimulantes, produisent encore parfois, dans le tube digestif, des accidents phlegmasiques.

Causes organiques persistantes, lésions organiques, etc.

7863. Mais ce qu'il faut surtout savoir et ce qu'on ne doit jamais oublier dans les cas où l'on voit se réitérer plusieurs fois la gastrentérite, et dans ceux encore où elle persiste pendant plus ou moins longtemps sans que l'on puisse parvenir à en arrêter la marche, c'est que des causes persistant et continuant à agir peuvent déterminer ces rechutes et entretenir le mal. A la tête de celles-ci, il faut placer les sténosies angibrômiques qui, gênant le passage des aliments du chyme et des liquides, retiennent ces substances qui alors s'altèrent et deviennent ainsi des causes sans cesse renouvelées de gastrites ou d'entérites. Des considérations du même genre peuvent être établies pour des angibrômectasies, pour des tumeurs cancéreuses, et pour des ulcérations permanentes. Certaines lésions du foie ou des voies biliaires, suivies de l'accumulation de la bile dans la vésicule, puis de la concentration de ce liquide et enfin de sa brusque excrétion, donnent parfois lieu à la gastrentérite. Il est possible que primitivement le fluide biliaire ou la salive éprouvent, lors de leur sécrétion, certaines altérations qui les rendent irritantes et propres à déterminer des angibrômites. On a même beaucoup insisté sur de telles explications ; mais, jusqu'à présent, les faits n'ont pas sanctionné cette manière de voir. D'un autre côté, la salive mélangée aux fluides que l'estomac contient et acidifiée, la bile *contenue dans l'angibrôme, épaissie et altérée*, peuvent devenir des causes de gastrites. L'action de tels liquides est pour beaucoup dans la production de la gastromalaxie (n° 7654), et nous ne voyons pas pourquoi des phlegmasies ne résulteraient pas aussi du contact de ces mêmes sucs avec la membrane muqueuse angibrômique.

Troubles de respiration.

7864. Des troubles graves de respiration, tels que ceux qui ré-
ltent de l'angiairaphrosie (nº 5961) ou de toxémies produites par
ispiration de gaz délétères (tome III des Monographies), peuvent
oir des angibrômites pour conséquences. Ces résultats des anomo-
mies peuvent être directs, c'est-à-dire que l'altération du sang
ut occasionner par elle-même une phlegmasie gastrentérique; mais
voit bien plus souvent la digestion être brusquement arrêtée à la
te de telles altérations dans la respiration : les aliments devien-
nt alors des corps irritants, et causent une angibrômite. Que de
s n'ai-je pas vu, par exemple, dans les hôpitaux, des accidents
strentériques attribués par les élèves à quelques aliments ingérés,
être cependant la conséquence d'une anhématosie par l'écume
onchique! C'était fort à tort que l'on accusait ici une indigestion
voir causé la mort. Celle-ci était due au défaut d'oxygénation du
ng qui auparavant avait aussi donné lieu à l'apepsie (défaut de
estion).

Troubles de circulation.

7865. Les troubles et surtout la diminution dans l'action du
ur, ou encore l'anémie survenue rapidement, ont fréquemment
ur résultat l'arrêt plus ou moins brusque de la digestion; alors les
nents peuvent encore agir à la façon de corps étrangers et déter-
ner des gastrentérites.

7866. Il est fort rare que le sang soit couenneux dans les an-
rômites même les plus aiguës, c'est seulement dans certaines
ryngites qu'il en arrive ainsi; ce n'est pas sur la membrane mu-
use qu'en général l'hémite exerce son influence phlegmasique,
s bien plutôt sur les voies circulatoires et respiratoires, sur les
mbranes séreuses (à part le péritoine) et sur les méninges syno-
es. Nous verrons bientôt, à l'occasion des angibrômites septi-
iques et toxémiques, que plusieurs autres états du sang peuvent
des causes spéciales de phlegmasies gastrentériques.

Troubles dans l'innervation.

7867. On a dit que des impressions morales pouvaient causer
gastrentérites. Je ne crois pas encore que ce soit d'une manière
ecte qu'il en arrive ainsi. Toutes les analogies, tous les faits con-
, me portent à admettre que, si des accès de colère, un chagrin

violent, etc., ont occasionné une angibrômite, c'est parce que le trouble survenu dans l'action cérébrale a arrêté la digestion; alors les aliments et les liquides contenus dans l'estomac et l'intestin et mal élaborés ont agi à la façon de corps irritants. C'est à coup sûr ce qui se passe dans quelques cas d'anencéphalémie (syncope), d'encéphalorrhagie, cas où l'on voit des indigestions survenir et être bientôt suivies d'angibrômites plus ou moins aiguës.

Il faut, avant tout, songer aux causes organiques ou autres qui entretiennent le mal.

7868. Tels sont les points de vue généraux auxquels se prête surtout l'étiologie des angibrômites; mais il faut, avant tout, lorsqu'on soigne une de ces affections qui persiste ou qui récidive, songer qu'une cause organique ou autre peut l'entretenir, et s'enquérir avec soin de ce qu'elle peut être. Il faut avoir recours, pour arriver à cette connaissance, à tous les moyens d'investigation, et chercher si, dans le régime des malades, si dans l'air qu'ils respirent, dans les circonstances qui les environnent, il n'y a pas quelque influence qui donne lieu aux phénomènes observés.

Professions; endémies; épidémies.

7869. Dans les professions auxquelles se livrent certains hommes, il existe parfois des modificateurs spéciaux dont l'action a produit une angibrômite. Les ouvriers qui manient le cuivre, l'arsenic, etc., sont sujets à des toxentérites graves. Les individus qui manient des purgatifs actifs peuvent avoir des entérorrhées simulant très-bien une entérite, etc. Les gens qui mènent une vie sédentaire et restent longtemps assis, sont plus que d'autres sujets à la congestion et aux phlegmasies de la dernière partie du gros intestin et surtout de l'anus. Les hommes de lettres ne sont pas, en général, exposés aux gastrentérites; mais bien à d'autres états pathologiques de l'estomac dont il sera parlé plus tard (1). Du reste, les professions agissent pour produire les angibrômites, en raison de la manière dont elles exposent ceux qui les exercent à l'action des modificateurs simples dont il vient d'être parlé.

7870. Les mêmes considérations sont applicables aux endé-

(1) Le travail de cabinet et celui des yeux, après le repas, troublent la digestion et peuvent, de cette sorte, donner indirectement lieu à la gastrite.

nies (1) et à un grand nombre d'épidémies qui agissent sur l'homme pour produire des angibrômites en raison des causes isolées dont l'ensemble constitue leur influence générale. Par exemple, dans les épidémies de dysenterie observées dans tel ou tel lieu, dans tel ou tel temps, on voit la chaleur intense ou prolongée, l'usage de fruits verts et pris en abondance, ou encore celui d'aliments grossiers et indigestes dégageant des gaz, causer une épidémie de colo rectite, et celle-ci prendra, *par suite de l'encombrement d'un grand nombre d'hommes dans un même lieu*, le caractère septicémique le plus grave (épidémies de dysenteries des armées recueillies par Pringle, etc.). Dans les vaisseaux, sous l'influence d'une nourriture animale et à laquelle on n'ajoute point de végétaux frais, la gengitive aplasticémique (scorbutique) se déclare. Or, l'humidité froide favorise le développement de cette affection, et l'altération de l'air par l'entassement des hommes dans les navires y donnent souvent lieu à une grave complication de septicémie.

7871. Mais dans un grand nombre d'autres épidémes où les angibrômites entrent comme éléments principaux dans l'ensemble des phénomènes observés, il y a quelque agent toxique, spécial, souvent inconnu, et dont l'influence s'exerce sur le conduit digestif; c'est ce qui a lieu dans la variole, dont les premières périodes sont accompagnées de symptômes gastrentériques; c'est ce qui a dû surtout exister dans la funeste épidémie de choléra.

7872. En réfléchissant sur l'ensemble des considérations qui viennent d'être exposées, on doit voir que presque jamais l'inflammation des diverses parties du conduit alimentaire ne se développe d'une manière spontanée; elle est consécutive à quelque lésion de

(1) On ne saurait assez étudier les circonstances nombreuses et variées qui peuvent agir sur les hommes pour la production des maladies endémiques. Par exemple, on est étonné de ce que les habitants de la Normandie perdent pour la plupart leurs dents de très-bonne heure. Les gens de ce pays, dont la constitution est excellente, sont privés *des dents incisives et parfois des canines*, tandis que les *molaires sont conservées dans le meilleur état*. On serait, au premier abord, disposé à croire qu'il s'agit ici de causes bien obscures tenant à des circonstances *endémiques*. Or, il m'a semblé que l'habitude de diviser les pommes (si communes en Normandie) avec les dents, était la cause de ce fait. Chaque fois qu'un fruit de cette sorte est divisé avec les incisives, il en résulte une dilacération de la gencive qui laisse couler du sang. Une gengivite en est souvent la suite, et l'on conçoit que celle-ci récidivant un très-grand nombre de fois, peut entraîner la destruction des dents correspondantes.

structure en rapport avec l'action de quelque agent physique, mécanique ou chimique qui en détermine le premier développement ou qui l'entretient.

7873. Les phénomènes phlegmasiques guérissent d'une manière très-prompte et pour ainsi dire d'eux-mêmes dès que cette lésion de texture est dissipée ou lorsque les causes physiques ou mécaniques qui lui donnaient lieu ont cessé d'exister. Quand un coup porté sur l'épigastre, quand une chute faite sur cette partie sont suivis (ce qui n'est rien moins que fréquent) d'une inflammation de l'estomac, à coup sûr celle-ci n'est pas la conséquence *directe* de ce coup ou de cette chute ; mais bien des lésions anatomiques : contusion, déchirure, blessure, etc., déterminés par l'accident. Aussi l'état phlegmasique ne se prononce-t-il que plus tard et lorsqu'il se passe dans les tissus contus, dilacérés, blessés, etc., une série de phénomènes physiques qui donnent lieu à la phlogose ; l'existence d'un agent hypothétique et abstrait, dit irritation, qui causerait et entretiendrait l'inflammation, n'est en aucune façon prouvée. Nous n'admettons donc pas de gastrite, d'entérite, de colite spontanée et indépendante d'un autre état organique préalable; mais celui-ci est trop souvent impossible à démontrer, ce qui fait que dans l'état actuel de la science il faut bien encore se résoudre à étudier l'inflammation en elle-même, et chercher un traitement propre à la combattre.

Pronostic.

7874. Les seules considérations qu'il nous paraisse utile d'établir sur le pronostic des angibrômites reposent sur l'ensemble des faits qui ont été établis dans les paragraphes précédents ; elles ressortent tout naturellement de l'étude attentive que nous avons faite de l'anatomie pathologique, de la symptomatologie, du diagnostic et de l'étiologie de ces affections. Nous n'insisterons donc pas sur ce pronostic. Quand nous dirions avec détail : 1° Que les gastrites, les entérites, sont en général graves, et que les stomatites, les pharyngites, sont moins fâcheuses ; 2° que les angibrômites font courir aux malades d'autant plus de risques, qu'elles sont étendues à une plus grande surface, qu'elles sont plus aiguës et qu'elles durent depuis plus de temps ; 3° que les gastrentérites causées par quelque circonstance extérieure ou par le contact de quelque agent direct, susceptible d'être écarté, sont peu dangereuses ; 4° que les angibrômites simples sont en général beaucoup moins fâcheuses que celles qui sont compliquées et qui sont liées, par exemple, à l'anémie, à la septi-

cémie, etc.; 5° que les colorectites déterminant en très-peu de temps des évacuations alvines fort abondantes, peuvent compromettre la vie; 6° que celles qui tiennent à l'action de poisons très-violents et qui sont accompagnées de nécrosies partielles ou d'absorption de ces poisons ont une extrême gravité; 7° enfin que la guérison des phlegmasies du tube digestif entretenues par des causes anatomiques persistantes (telles que des cancers ou que la présence de corps étrangers) est subordonnée à la destruction de l'état matériel qui les produit, etc.; nous n'aurons dit que des choses si évidentes qu'en définitive elles ressemblent un peu aux vérités vraies de M. de la Palisse.

Thérapeutique, traitement préservatif.

7875. Dans la curation des angibrômites, il faut plus encore peut-être que dans toute autre partie de la médecine pratique, avoir, avant tout, présentes à l'esprit l'étiologie et la pathogénie du mal, de sorte que les considérations dans lesquelles nous sommes précédemment entrés, sont, dans notre opinion, les bases les plus solides du traitement. On doit surtout avoir bien présente à l'esprit cette pensée: que l'inflammation n'est pas un être spécial, une individualité morbide, entretenue par une autre entité: *irritation*, mais que c'est une série d'actes organiques qui se déclarent consécutivement aux circonstances les plus variées et les plus nombreuses.

Traitement prophylactique.

7876. Les moyens préservatifs contre les angibrômites consistent à empêcher l'action des causes susceptibles de les produire. La sobriété et une nourriture choisie sont, par exemple, d'excellentes conditions pour que le développement de ces inflammations devienne rare; les excès de table, et les boissons ou les aliments très-excitants, tels que les mets épicés et les liquides alcooliques, doivent être évités avec soin. Il est certaines personnes qui éprouvent facilement des gastrentéropathies alors qu'ils ont pris telle ou telle espèce d'aliments (du porc frais, du veau, par exemple); il faut qu'elles s'en abstiennent; car les indigestions qui en seraient les suites, auraient peut-être pour résultat le développement d'un état inflammatoire. Remarquons cependant comme un fait général, que les aliments mous, pâteux, exposent bien plus à des apepsies qu'à de véritables gastrites.

7877. Lorsque dans le traitement d'une affection, n'importe laquelle, on aura à craindre le développement d'une stomatite, dans

les cas, par exemple, où l'on juge convenable d'avoir recours à un traitement mercuriel, il sera utile, avant tout, d'examiner les dents, de les faire nettoyer et d'adoucir leurs bords saillants qui pourraient blesser la membrane de la bouche. Il suffirait de l'existence de ces causes locales pour favoriser le développement de la phlegmasie spéciale en rapport avec l'action hydrargyrique.

7878. Les gens qui sont disposés aux phlegmas es entériques et particulièrement à la colite, ceux encore qui se trouvent dans des conditions telles d'habitation, de localité, etc., qu'une colorectite épidémique (dysenterie épidémique) soit à craindre, feront bien d'éviter que les matières stercorales s'accumulent dans les intestins, et surtout que ces mêmes matières déchirent, lors de leur passage, la membrane du pourtour de l'anus.

7879. Ici comme ailleurs, les moyens généraux qui conviennent pour la curation du mal, peuvent, dans certains cas, servir à sa prophylaxie; les saignées générales et locales pourront être utiles pour prévenir les gastrentérites qui se déclarent à de certaines époques, ou les angibrômites auxquelles certaines personnes sont sujettes. Si quelque chose portait à croire qu'une véritable périodicité existât, on pourrait tenter l'emploi du sulfate de quinine. Enfin si, après la guérison d'une gastrentérite, on avait des raisons de craindre une rechute, on devrait être très-réservé sur la quantité et la qualité des aliments ou des boissons que l'on ferait prendre; mais on éviterait pourtant de tomber dans ces excès d'abstinence forcée qui ont été parfois si pernicieux pour les malades.

2880. Si l'on veut éviter, autant que possible, les gastrentérites avec hépatites, les colorectites si communes dans les climats intertropicaux; si l'on veut se préserver contre la gastrite océique (aiguë) ou le choléra-morbus sporadique de l'été, il faut se défier de l'usage abusif et excessif des boissons acidulées, sucrées, réputées rafraîchissantes, etc. On s'abstiendra de fruits très-aqueux, et surtout de la glace ou des préparations qui sont prises à une température très-basse. L'expérience a appris en effet que de tels agents diététiques donnaient souvent lieu à des accidents de gastrentérite intense, et que, dans les chaleurs comme dans les pays chauds, des substances que l'on croit être stimulantes, prises du reste à des doses modérées, n'exposaient pas autant que ces mêmes agents à l'invasion des phlegmasies du tube digestif.

7881. Dans les cas où il existe dans un lieu quelque complication

septicémique ou miasmatique aux angibrômites, complication qui donne à celles-ci le caractère contagieux, il faut éviter de s'exposer aux émanations que paraissent produire ces phénomènes concomitants. C'est en ce sens que Pringle avait bien raison lorsqu'il voulait que les soldats évitassent de s'exposer aux émanations fétides provenant des selles dysentériques. Que ces émanations puissent ou non communiquer le mal, toujours est-il que l'exécution d'un tel conseil pouvait avoir de l'utilité et ne présentait aucun danger. Dans la même série d'idées, il est utile de ne point laisser les jeunes enfants encombrés. C'est dans cette circonstance, en effet, que se déclarent les stomatites pultacées (aphthes benins), blenplastiques ou nécrosiques (aphthes malins). Dans les mêmes pensées encore, il faut engager ceux qui demeurent à Paris pour la première fois, à prendre pour logements des chambres vastes, bien exposées, bien éclairées et bien aérées. Dans les pays où règne la gastrentérite cholémique dite fièvre jaune, il faut prescrire aux Européens non acclimatés l'éloignement des lieux où sévit le fléau dont il s'agit, etc.

Traitement curatif.

7882. Puisque l'inflammation en général est un être hypothétique et puisque celle de l'angibrôme considérée en particulier n'est pas une entité, mais bien un ensemble de phénomènes organopathologiques variés, il ne s'agit pas d'employer pour la combattre un remède spécial ou même une médication toujours identique; elle exige au contraire des moyens qui varient en raison des causes diverses qui la produisent; en raison de l'étendue, du degré, de l'ancienneté des lésions observées; en raison enfin, soit des synorganies (1), soit de l'âge et de la constitution des sujets, etc.

7883. Avant tout, on doi éloigner l'action des causes susceptibles d'entretenir le mal. Cela est surtout applicable : 1° par rapport à la stomatite, aux diverses anomorphies que les dents peuvent présenter, ou au tartre qui couvre celles-ci (2); 2° par rapport à la pharyngite, aux amygdales hypertrophiées, qu'il faut souvent extraire parce qu'elles entretiennent le mal; 3° par rapport à la gastrite, à l'usage de certaines boissons ou de certains aliments qui, pris inconsidérément, pourraient entretenir la phlegmasie. M. Chomel a noté,

(1) Pour synorganopathies (complication).

(2) Dans un très-grand nombre de cas, j'ai vu guérir des ulcérations buccales ou linguales (considérées jusqu'alors comme syphilitiques) en faisant enlever des débris dentaires qui avaient causé ou entretenaient le mal.

par exemple, avec raison, que certaines gastrites étaient considérées très à tort comme chroniques, car les écarts de régime des malades les faisaient seuls récidiver. La bile, les mucosités acides, les aliments irritants, etc., contenus dans l'estomac et qui feraient persister une phlegmasie de ce viscère, devraient à coup sûr être évacués, et cela bien qu'un état inflammatoire de la membrane muqueuse existât. Mais, dans de tels cas, si l'on jugeait utile de provoquer des vomissements, il faudrait que ce fût avec l'eau tiède et au moyen de la titillation de la luette, et non pas avec des émétiques actifs. 4° Dans les circonstances où les matières accumulées dans l'intestin grêle ou dans les gros intestins pourraient être considérées comme les causes de la phlegmasie de ces parties, ce qui est vrai à coup sûr dans certains cas du colon et du rectum, et peut-être, dans quelques autres, de l'iléon, on aurait encore recours à des purgatifs. Bientôt nous reviendrons sur ce sujet important.

7884. Si des substances toxiques plus ou moins irritantes venaient à être portées dans le tube digestif et à causer une angibrômite, il conviendrait, avant toutes choses, de les évacuer et de les neutraliser. (Voyez plus loin l'histoire des Toxangibrômites.)

7885. Que si les angibrômites sont sous la dépendance de quelque altération générale du sang, ou du mélange avec ce liquide de telle substance qui exerce sur le tube alimentaire une action spéciale (1), il est évident que ces états généraux des liquides circulants devront, avant tout, être combattus ; ce qui malheureusement ne pourra pas toujours se faire avec avantage.

7886. Il faut voir encore si, dans les habitudes, dans la manière de vivre du malade, il n'est pas quelque circonstance qui entretienne l'angibrômite. Chez les uns, ce sont des aliments pris à l'insu du médecin ; chez les autres, ce sont des boissons alcooliques dont on a contracté la pernicieuse habitude, qui produisent ces tristes effets ; ailleurs, l'air altéré qu'on respire peut être une cause puissante d'accidents de gastrentérite. En interrogeant avec soin des femmus atteintes de phénomènes assez analoges à ceux de la gastrite, je suis arrivé à apprendre que ces femmes étaient souvent exposées à la vapeur du charbon, et que souvent c'était après avoir éprouvé cette influence que les accidents aigus du côté de l'estomac s'étaient manifestés ; encore une fois, dans tous ces cas

(1) Cela paraît avoir lieu pour la septicémie, pour les toxémies varioleuse, morbilleuse, d'une part, et pour l'introduction dans le sang de diverses substances émétiques ou purgatives de l'autre.

et dans beaucoup d'autres du même genre ce qu'il faut faire, avant toute chose, c'est d'enlever la cause du mal.

Agents diététiques.

7887. Tant que les angibrômites sont récentes et ont un certain degré d'acuité, il faut laisser reposer l'organe affecté. En conséquence, on donnera aux malades les conseils suivants : 1° Dans la stomatite, il ne faudra pas mâcher d'aliments solides, et on devra peu parler ; 2° dans la pharyngite, on évitera d'avaler, et si des aliments étaient indiqués, on devrait choisir ceux qui se mâcheraient le mieux et dont le contact serait le plus doux ; les boissons seront données aussi en petites proportions lorsque la pharyngite sera très-aiguë, et cela à cause de la douleur que leur passage produit dans la gorge ; 3° dans l'œsophagite, il faudra surtout éviter la déglutition de bols alimentaires un peu volumineux ; 4° dans la gastrentérite (et nous parlons seulement ici des cas où il s'agit d'un état véritablement phlegmasique), le malade sera soumis d'abord à une abstinence rigoureuse ; quand le mal sera dans une période décroissante, on donnera peu à peu des aliments, mais en commençant par de très-faibles doses. On choisira de préférence : si c'est l'estomac qui est affecté, les substances végétales les plus douces, telles que les fécules, les crèmes de riz, etc., et si les intestins sont particulièrement malades, les matières animales peu excitantes, telles que les bouillons non salés, les crèmes d'œufs, les gelées, etc. Les raisons de ces préceptes sont que la digestion des matières animales se fait principalement dans l'estomac, tandis que celle des aliments végétaux s'opère surtout dans des parties plus profondes de l'angibrôme. Ces faits de physiologie sont sanctionnés par la pratique journalière. Dans les gastrites qui ne sont pas assez aiguës pour qu'on soit dans la nécessité de soumettre les malades à une abstinence complète, les aliments, pris à une température basse, ont parfois assez bien réussi. C'est ainsi qu'on a eu parfois recours, avec avantage, à des bouillons froids. 5° Dans les phlegmasies intenses des gros intestins, il est évident qu'on ne peut pas donner de nourriture aux malades ; quand le mal moins aigu se prolonge en s'améliorant, on peut permettre de la nourriture ; mais alors il faut accorder des aliments en très-petite proportion ; on choisit principalement ceux qui, sous un petit volume, contiennent une grande proportion de matériaux nutritifs et qui donnent lieu en conséquence à peu de fèces. Les jaunes d'œufs, mélangés même d'un peu de lait, semblent avoir, sous ce

rapport, de l'utilité. D'ailleurs, l'albumine, comme nous le verrons bientôt, a de l'avantage pour modérer la sécrétion muqueuse de l'intestin et pour la diminuer d'une manière notable (1).

7888. Les règles précédentes sont susceptibles de nombreuses exceptions en rapport avec les habitudes, la susceptibilité des malades, avec la température, etc.: certaines gens se trouvent mieux de tels aliments réputés indigestes que de tels autres, et ce fait s'étend à l'état de maladie comme à celui de santé; les uns sont grands mangeurs et doivent prendre plus de nourriture que les autres; en hiver, les substances animales conviennent mieux qu'en été, etc.

Boissons.

7889. Les boissons dans la plupart des angibrômites, surtout à l'état aigu, doivent être, autant que possible, aqueuses, mucilagineuses, très-légèrement acidulées, afin qu'elles aient un goût agréable, que le malade les prenne avec plaisir, et surtout qu'il les vomisse moins. Dans bien des cas, en effet, on voit des gens atteints de gastrite rejeter les boissons tièdes et fades, et cela à l'instant même où ces liquides parviennent dans le tube digestif. Il ne faut donner dans de tels cas des boissons qu'en petite quantité à la fois, et renouveler souvent l'emploi d'un tel moyen. En général, quand on donne beaucoup d'eau en même temps, on distend l'estomac et parfois on augmente les douleurs et l'on cause des vomissements. Lorsque des substances toxiques ont causé l'inflammation, les boissons données à de très-hautes doses répétées, peuvent être tout à fait indiquées. Si l'on ignore la cause du mal, il est possible qu'il y ait eu primitivement une intoxication, et alors les boissons à doses réitérées peuvent être très-utiles; la température fraîche et même froide de ces liquides a parfois de l'avantage. On peut même porter de la glace sur l'estomac enflammé et cela de la façon dont il a été parlé lors de l'histoire des hémorrhagies angibrômiques.

7890. L'usage des boissons dans la jéjuno-iléite est infiniment moins utile, comme application locale sur la partie malade, qu'on ne serait porté à le croire; la raison en est que l'absorption des

(1) Les deux principaux aliments que la nature ait donnés aux jeunes animaux sont : le lait pour les mammifères; le jaune et même le blanc pour les oiseaux, les reptiles et les poissons. L'œuf contient si bien une énorme quantité d'aliments que sans perte presque appréciable de substance et avec addition d'eau et d'air à travers la coque, le jaune et le blanc de cet œuf sont, pendant la courte période de l'incubation, entièrement transformés en animal.

boissons se faisant presque entièrement dans l'estomac et dans le duodénum, il n'en pénètre que de petites proportions dans l'intestin grêle. Quant aux gros intestins, les liquides pris par la bouche n'y parviennent jamais, si ce n'est dans le cas où les parties supérieures du tube digestif étant trop malades pour que les boissons y séjournent, ces mêmes substances sont brusquement portées de haut en bas dans l'angibrôme, avant d'être absorbées.

7891. Du reste, on est dans l'usage, alors qu'il s'agit d'entérites ou de colites, d'avoir recours à des boissons féculentes, telles que l'eau de riz, la décoction d'amidon, l'eau panée, la décoction blanche de Sydenham. On croit que de telles substances ont pour principal effet d'arrêter les blenentérorrhées qui se déclarent dans l'entérite proprement dite. Depuis longtemps j'emploie l'eau albumineuse dans la même intention, et il m'a semblé qu'elle avait de l'efficacité.

7892. Dans les phlegmasies de la bouche et du pharynx, les boissons peuvent servir avec avantage de lotions et de gargarismes. De tels moyens soulagent, mais on peut dire en général que, comme applications aqueuses, ils sont ici moins utiles qu'on ne pourrait le croire, car ces parties sont constamment humides, et la salive ou les mucosités agissent ici précisément comme peuvent le faire les gargarismes avec la décoction de guimauve, composés avec la dissolution des sirops de framboise, de mûres, etc.

7893. Les injections dans le rectum, poussées avec un certain degré de force et administrées en quantité suffisante, peuvent être ainsi portées jusque dans le colon ascendant ou dans le cœcum. Cela est surtout exécutable si l'on fait coucher le malade sur le côté droit, et si l'on facilite l'abord des liquides par de douces pressions faites dans la direction des gros intestins et en sens inverse du cours ordinaire des matières. Non-seulement de tels moyens ont, dans la colite et dans la rectite, l'avantage de porter des substances adoucissantes sur les parties enflammées, mais encore de nettoyer la dernière partie de l'angibrôme et d'enlever les matières fécales qui s'y accumulent. Sous ce dernier rapport, les injections très-souvent réitérées, à courant continu, et, dans les cas très-peu aigus, les douches même peuvent présenter une grande utilité.

7894. De la même façon que dans bien des cas, les liquides aqueux portés dans l'estomac ne peuvent être supportés et sont très-brusquement rejetés au dehors par le vomissement; ainsi, dans

la colorectite, il arrive très-souvent que les substances les plus douces, celles qui sont réputées les plus émollientes, ne peuvent séjourner dans le rectum, y provoquent de vives douleurs, et sont évacuées au moment même de leur introduction. On a recours alors à des injections avec diverses substances mucilagineuses ou huileuses, etc. Celles-ci, outre l'avantage qu'elles ont de porter sur les tissus enflammés les corps dont le contact est le moins pénible possible, favorisent, par leur viscosité ou par leur état gras, la sortie des matières sécrétées par les tissus enflammés, et préviennent même le contact de ces liquides plus ou moins irritants avec la membrane interne du rectum. Pour faire supporter davantage encore les injections dont il s'agit, on peut essayer de leur donner tantôt une température fraîche (à 10+0), froide (à 0), ou tiède (de 15 à 20+0); l'effet obtenu par ces injections devra faire juger de la température convenable.

Repos et position du corps.

7895. Presque toujours, dans les cas de gastrentérite et de colorectite un peu aigus, et même dans les pharyngites accompagnées ou compliquées d'un état fébrile, il est indispensable de faire garder le repos au malade. Il sera placé dans une position telle que les parties affectées soient situées sur un plan élevé par rapport aux autres régions du corps. En agissant de cette sorte, on obtient un double résultat également avantageux: d'une part, la congestion devient moins forte dans les tissus phlogosés; de l'autre, les matières chymeuses ou stercorales, les liquides sécrétés et altérés ne restent point dans un contact continuel avec les parties malades. Nous avons assez insisté, à l'occasion des malaxies du tube digestif, sur les inconvénients de la stagnation des liquides et d'une position déclive des organes angibrômiques, pour nous dispenser d'y revenir ici. Notons seulement que l'état phlegmasique entraînant à sa suite, soit une altération des tissus et la destruction de leur surface, soit un certain degré de ramollissement, il en résulte que les sucs en contact avec ces tissus phlogosés exercent encore sur ceux-ci une action de macération plus forte que sur les parties saines.

7896. D'après les considérations précédentes, il faut donc éviter, avant tout, de laisser longtemps de suite, dans la même position, les organes enflammés, alors que cette position favorise la stagnation des liquides sur les points affectés. Remarquons, en effet, que la phlegmasie n'est pas plus une unité morbide que toute

utre affection, qu'elle ne tarde pas à se compliquer, après son invaion première, d'autres états organopathologiques, et parmi ceuxi, il faut particulièrement noter les malaxies qui peuvent survenir.

Topiques.

8897. Indépendamment des boissons et des liquides dont il a té parlé, on peut faire, dans les angibrômites, diverses applicaions locales. Dans la stomatite, on a eu souvent recours à des onc-ons avec du miel rosat, à des cataplasmes faits avec les figues rasses. Ces derniers ont surtout été utiles plutôt en écartant les oints de la joue ou des lèvres ulcérées d'avec les dents ou les réions de l'arcade alvéolaire qui touchaient à celles-ci, que comme subtance émolliente mise en contact avec des tissus malades. Quand pharyngite et la stomatite sont très-aiguës et sans production e pseudoméninges, on est forcé de s'en tenir aux gargarismes émolents dont il a été parlé. Le public a une confiance très-grande ans l'infusion de fleurs de ronces avec addition de sirop de mûres. n peut se servir de cette préparation qui agit entièrement à la faon de l'eau pure. Quand le mal est moins aigu, ou qu'il comence, alors encore qu'il est à son déclin, il est souvent utile ans la pharyngite d'employer les gargarismes fortement aciulés, tels que les limonades citrique, acétique ou même sulfuque et chlorhydrique. Mais ce qui réussit bien mieux dans les cironstances précédentes, c'est l'alun calciné en poudre fine que l'on orte sur le doigt préalablement mouillé et qui sert à diriger le méicament sur les points de la gorge enflammés. On renouvelle cette pplication tous les jours ou même plusieurs fois dans les vingtuatre heures. La cautérisation superficielle des aphthes et du phanx enflammés à un médiocre degré, est à coup sûr un excellent oyen thérapeutique. Maintes fois, j'ai vu des phlegmasies semblaes arrêtées dès le début, et des ulcérations très-douloureuses ces parties cesser de le devenir quelques instants après cette gère cautérisation. C'est ordinairement avec le nitrate d'argent lide *bien fixé sur le crayon qui le supporte* que cette petite opétion est pratiquée. Cependant, si c'est une large surface du arynx qui est affectée, ou si l'on ne voit pas les parties malades, peut se servir et avec plus d'avantage de l'éponge fine suppor- avec une baleine recourbée, et dont il a été parlé à l'occasion s laryngites blenplastiques. Pour les aphthes, on peut délayer, à ide d'une goutte d'eau, un peu de nitrate d'argent avec la tête ne épingle, et appliquer celle-ci, ainsi recouverte de caustique,

précisément sur le point malade et sans toucher aux parties voisines. Ce petit procédé m'a souvent très-bien réussi.

7898. Quand la phlegmasie du pharynx est extrêmement intense, il ne serait pas prudent, à moins cependant qu'il y ait en même temps des pseudoméninges ou des nécrosies formées (1), d'avoir recours à la cautérisation avec le nitrate d'argent. Dans des cas pareils, j'ai eu parfois recours avec avantage à un fragment de glace que je faisais maintenir dans la bouche et sur une partie voisine du voile du palais.

7899. Dans l'œsophagite, on prescrit en général, comme moyen topique, la déglutition très-fréquente de liquides variés; mais l'action de ces liquides a bien moins d'utilité que n'ont d'inconvénients les mouvements exécutés alors par le conduit phlegmasié. Il y aurait du danger à faire avaler aux malades atteints d'œsophagite une solution de nitrate d'argent, quelque étendue qu'elle fût; seulement on pourrait, à l'aide d'une tige de baleine et d'une éponge, porter ce cathérétique, ou seulement de l'alun, sur des points de l'œsophage légèrement phlogosés.

Boissons considérées comme topiques.

7900. Les boissons et les substances dont il a été précédemment parlé comme régime (n° 7889), sont les principaux topiques dont on peut se servir dans les gastrentérites franches. A coup sûr, s'il s'agissait d'une inflammation aiguë de la peau, on appliquerait sur cette membrane des fomentations avec l'eau de guimauve, et des cataplasmes ; on ferait prendre des bains généraux et locaux. Or, il faut faire pour *la peau interne* représentée par l'angibrôme, précisément ce qui serait convenable pour l'enveloppe externe, à l'égard de laquelle la pratique a si positivement prononcé sur la convenance des topiques émollients. Des considérations tout à fait analogues sont applicables aux injections administrées dans l'anus pour les cas de rectite, de colite, ou de cœcite.

Purgatifs doux.

7901. S'il s'agissait encore du derme enflammé dans les régions voisines de l'anus, certes, on nettoierait celui-ci des fèces qui, en le souillant, entretiendraient les accidents, pourraient imprimer au mal un caractère grave, et causer même des nécrosies extensives; pour les mêmes raisons, on doit aussi chercher à empêcher le contact

(1) Voyez plus loin l'histoire des angibrômites blenplastiques et des nécrosies angibrômiques.

ɔlongé des sucs altérés : salive, mucus, chyme, fluides pancréaues, bile, fèces avec la membrane gastrentérique phlogosée. La orie et l'expérience sont d'accord pour faire voir que les parties l'estomac et que les anses intestinales déclives et dans lesquelles ournent le plus les matières, sont précisément celles où les phlegsies sont les plus fréquentes et les plus graves. Il en arrive ainsi ır la grosse extrémité de l'estomac, pour la dernière porn de l'iléon, par rapport au reste de l'intestin grêle; pour le cum et le rectum situés très-bas et dans lesquels la plessimé ou la palpation font habituellement trouver les matières acculées. Peut-être même que la stagnation des liquides et l'hyperhé hypostatique sont pour quelque chose dans la prédilection ıeste qu'a l'entérite septicémique pour les plaques agminées de yer. En effet, la dermite spéciale qui se déclare à la suite de la ticémie, par de petites vésicules à base rouge saillante (dermite nous avons observée le premier et qui est, suivant nous, un des actères les plus constants de l'affection dite fièvre typhoïde), a ncipalement lieu sur les régions sacrée et fessière. Or, celles-ci rouvent, par rapport à la peau, dans les mêmes conditions que t l'extrémité inférieure de l'iléon relativement aux intestins grêles.

Médication purgative.

902. De ces considérations résulte l'opportunité et même la essité, dans certains cas, d'avoir recours à une combinaison demment graduée des évacuants et de la médication émolliente antiphlogistique. C'est un service réel que M. Bretonneau, et, s tard, M. Delaroque ont rendu à la science que de faire voir les ntages et l'innocuité des purgatifs doux dans l'entérite septicémi-; seulement on peut dire que l'on n'a point en général assez cifié les circonstances dans lesquelles convient la médication évante, et ces circonstances, pour nous bien déterminées, sont es dans lesquelles les signes physiques, et notamment la plessirie, font constater, dans l'angibrôme enflammé, la présence de ières en proportion notable.

903. Mais pour employer, dans de tels cas, des émétiques ou purgatifs, il faut le faire avec beaucoup de circonspection et re certaines règles pratiques de première importance. D'abord, st utile, pour l'estomac enflammé, de solliciter les vomissements ôt avec de l'eau tiède ou contenant en dissolution des quantités à fait minimes de tartrate antimonié de potasse, plutôt, dis-je,

qu'avec des émétiques actifs et à dose plus concentrée. Le plus souvent, la simple titillation du pharynx avec le doigt ou avec la barbe d'une plume, jointe à quelques frictions légères sur l'épigastre, suffit, comme nous l'avons déjà dit, pour provoquer des évacuations utiles. Ensuite, pour l'iléon phlogosé, il est avantageux de faire de douces pressions dans la direction connue de cet intestin et de la valvule iléocœcale, et d'avoir recours, si cela ne suffit pas, soit aux eaux de Sedlitz ou de Pullna (si les intestins contiennent peu de gaz), soit à une potion avec la magnésie suspendue dans du sirop (potion de M. Mialhe), soit au sulfate de magnésie, ou de soude à la dose de 30 à 45 grammes dans une ou deux verrées de véhicule.

Évacuations sanguines.

7904. Dans les phlegmasies et, en particulier, dans les angibrômites, les évacuations sanguines sont souvent indiquées; seulement on en a souvent prescrit l'emploi d'une manière vague, sans tenir assez de compte des circonstances qui doivent en modifier l'emploi. En général, il faut s'abstenir de tirer du sang quand la maladie est légère quand l'étude attentive de ses symptômes et de sa marche porte à penser qu'elle se dissipera facilement sous l'influence soit de l'éloignement des causes que l'art peut atteindre, soit de quelques soins de régime.

7905. Quand la phlegmasie est intense, quand elle s'agrave de plus en plus, quand elle a une tendance à persister et à s'étendre au cœur ou dans les tissus environnants, etc., alors il faut avoir recours aux pertes artificielles du sang; mais il n'en doit être ainsi que si l'état général de la circulation le permet et que s'il n'existe pas de pananémie. Une phlogose ancienne a-t-elle profondément modifié les tissus et a-t-elle causé des ulcérations, des indurations, des ramollissements? rarement voit-on alors les évacuations sanguines avoir de l'efficacité. Quand des causes locales persistantes entretiennent le mal, et qu'elles ne sont pas de leur nature susceptibles d'être avantageusement modifiées par les saignées, alors il est inutile d'avoir recours à la soustraction des liquides. Les mêmes considérations sont applicables aux altérations du sang que la phlébotomie ne peut guérir et qui entretiennent les inflammations du conduit alimentaire.

7906. Quand le mal est accessible aux yeux, et que l'on peut appliquer immédiatement des sangsues sur la partie où il siége (exemple, la stomatite, la pharyngite, l'inflammation de l'anus), on s'est deman

on doit employer un tel moyen. Bien rarement je l'ai vu réussir. ıvent les ulcérations que ces vers produisent deviennent même causes nouvelles de phlegmasie, augmentent le mal et le font er longtemps. Il en est souvent arrivé ainsi pour les tumeurs hé-rrhoïdales enflammées. J'ai fréquemment cherché à pratiquer des cuations sanguines locales sur les portions de membrane muqueuse ıes et très-voisines de la partie affectée, et je n'ai pas été plus heu-x que dans le cas précédent. Pour pratiquer ces saignées, on rrait avoir recours à de très-petites ventouses dans lesquelles ferait en même temps le vide et une piqûre. Je ne sais jusqu'à l point ce procédé qu'avait proposé Demours pour d'autres cas, senterait ici de l'avantage. Il n'aurait pas au moins cet inconvé-ıt de laisser à sa suite des ulcérations difficiles à guérir.

Saignées locales sur les téguments qui recouvrent les parties malades.

907. On place en général des ventouses scarifiées ou des sang- sur les téguments qui recouvrent les parties de l'angibrôme ctées et les points de la peau dont on fait choix sont les suivants : our la stomatite, la pharyngite et même pour l'œsophagite : la on cervicale ou sous-maxillaire du côté malade ; 2° pour la gas- ou la duodénite : l'épigastre et l'hypochondre droit ; 3° pour la nite et l'iléite : la région sous-ombilicale ; 4° pour la cœcite et ılegmasie du colon ascendant : la région iliaque gauche ; 5° pour ammation du colon transverse : la région épigastrique ou om-ıale ; 6° pour les phlogoses des colons descendant et iliaque : le gauche et la région iliaque ; 7° pour la rectite enfin : les téguments entourent l'anus. Ce choix, de la place où l'on juge conve-e d'appliquer les sangsues contre les angibrômites, est-il fondé 'observation exacte ou sur des préoccupations d'esprit systé-que ? Anatomiquement (et à part les régions : anale pour la rec-iliaques pour les colons ; sous-maxillaires pour la stomatite et la yngite), on ne voit pas quelles communications vasculaires pour-t faire qu'il fût plutôt utile de tirer du sang de la peau qui recouvre rties enflammées de l'angibrôme, que de toute autre région du s. Entre l'estomac, l'intestin et les téguments de l'abdomen se e une cavité, à parois accollées, il est vrai, mais qui n'en est moins une cavité ; aucune artère, aucune veine, n'établissent de ions entre les viscères et leur enveloppe pariétale ; on pourrait même qu'il y a plus loin, sous le rapport des communications laires, entre le derme de l'épigastre et l'estomac, qu'entre ce

viscère et la région dorsale. Je sais bien qu'on a fait valoir ici pour le choix de l'application des sangsues sur la région gastrique, une prétendue sympathie existant entre l'estomac et la peau qui le recouvre; mais ce sont là des explications hypothétiques et non pas des faits. Dans la gastrite, on trouve bien une chaleur exagérée à l'épigastre; mais ce fait est probablement le résultat de la communication du calorique qui se dégage du viscère enflammé à travers les parois abdominales en contact avec lui, *et ce n'est pas là une sympathie*. D'ailleurs cette augmentation dans la chaleur épigastrique se retrouve dans beaucoup de cas autres que les phlegmasies stomacales, et sa source est plutôt dans les grands centres circulatoires, tels que le cœur, le foie ou les poumons, que dans l'estomac lui-même. Des considérations du même genre sont applicables à l'apposition de sangsues sur le derme des régions correspondantes aux diverses parties des intestins enflammées. Toutefois, dans la rectite des évacuations sanguines localement provoquées à l'anus peuvent amener un dégorgement salutaire dans les vaisseaux du rectum et de l'anus.

Cas où la phlébotomie est indiquée.

7908. En général, dans les angibrômites, la phlébotomie convient de préférence aux sangsues : 1° lorsqu'il existe une panhyperémie coïncidante; 2° lorsqu'on a des raisons pour admettre certaines altérations du sang contre lesquelles on croit devoir employer la saignée; exemple : les toxicémies ou la septicémie compliquée avec la panhyperhémie; 3° lorsque la phlegmasie locale est très-intense et très-étendue; 4° lorsqu'elle est récente et qu'il n'existe pas encore d'ulcération, de nécrosie, etc.; 5° lorsque les poumons, le foie, le cœur ou le cerveau présentent de telles synorganopathies qu'elles indiquent la convenance de la phlébotomie, etc.

Proportions de sang qu'il faut tirer.

7909. Quant à la proportion du sang que, dans les angibrômites, il convient d'extraire, soit par les saignées générales, soit par les évacuations locales, elle doit varier : suivant la quantité approximatives du sang; suivant l'intensité du mal et son étendue; suivant le degré d'acuité de sa marche; suivant l'importance de l'organe affecté; suivant, enfin, une foule de circonstances que l'étude attentive de ce qui a précédé et de ce qui peut suivre, fera facilement saisir.

7910. Rappelons-nous surtout un grand principe : c'est qu'il

ut pas trop se hâter d'avoir recours aux évacuations sanguines ıns une série de symptômes qui, paraissant se rapporter à une anbrômite, pourraient aussi dépendre de quelque toxémie éruptive, lle que la scarlatine, la variole ou même la septicémie. En effet, n'ai point observé, malgré l'opinion d'hommes à laquelle j'atche beaucoup de prix, que les pertes abondantes ou réitérées de ng arrêtassent nettement la marche de ces anomémies, et s'il arvait, dans de tels cas, que des accidents graves vinssent à se déırer chez les malades saignés, on ne manquerait pas de jeter sur compte du traitement ce qui aurait été peut-être la conséquence de marche même du mal.

Applications extérieures.

7911. Le plus souvent les applications de substances tièdes, ueuses ou mucilagineuses, sont faites sur les régions tégumentaires i recouvrent les parties enflammées, et dont il a été parlé à l'ocsion des évacuations sanguines (n° 7907). Elles produisent un ılagement marqué, qui est, sans doute, le résultat de la mollesse ns laquelle elles entretiennent les parois abdominales; celles-ci dennent alors moins tendues; la chaleur humide produite par les plications dites émollientes est moins pénible que ne l'est cette leur sèche dont se plaignent les malades. Ces applications dites ollientes ont vraiment de l'efficacité, quand elles sont continuelent en place, quand elles sont maintenues dans un état d'humiհ habituelle, et alors qu'elles ne sont pas trop pesantes. Dans angibrômites très-aiguës, le poids considérable des applications érieures a de tels inconvénients que si elles sont épaisses, elles peuvent pas être supportées. Dans de tels cas, ce n'est pas à des ıplasmes féculents (ceux de farine de graine de lin et d'eau de guiıve, de *fécule de riz avec la décoction de graines de lin concentrée*), l convient d'avoir recours, mais bien à des applications de comsses trempées dans l'eau tiède et que l'on recouvre de taffetas ımé pour en prévenir le dessèchement. Les bains généraux sont fois utiles dans les gastrentérites occiques (aiguës). Les bains de e ou de la partie inférieure du tronc ont souvent produit d'excels résultats dans les phlegmasies du rectum et de l'anus. Les caasmes sur cette dernière région, l'introduction d'un corps gras et ıi-solide (le beurre de cacao, le suif, etc.), au-dessus du sphincter, la plus heureuse influence sur les symptômes et la marche de la rec-

Il est des phlegmasies de l'angibrôme assez aiguës pour qu'il y

ait indication d'appliquer à l'extérieur des corps froids et même un mélange réfrigérant ; tel, par exemple, que la glace pilée avec addition de sel marin; bien entendu qu'un tel mélange ne serait appliqué que *momentanément* et avec beaucoup de prudence. Un thermomètre devrait toujours indiquer l'abaissement exact de la température. Dans les cas chroniques encore, et lorsque le mal a résisté à l'action des évacuations sanguines, du régime et des topiques émollients, la glace pilée, extérieurement placée, peut avoir aussi le plus grand avantage.

Modifications dans le traitement en rapport avec des circonstances variées.

7912. Telles sont les règles générales du traitement des angibrômites; elles sont applicables à la plupart des points du conduit alimentaire; seulement elles doivent être modifiées suivant le siége, l'intensité du mal, et suivant toutes les circonstances qui ont déjà été passées en revue. Le traitement devra être plus actif dans les phlegmasies de l'estomac, de l'intestin grêle ou du colon, que s'il s'agit de la bouche, de la gorge ou de l'anus; les maladies de ces derniers organes sont, en effet, moins graves, toutes choses étant égales d'ailleurs, que les affections des régions centrales du tube alimentaire.

Traitement des états organopathologiques qui succèdent aux angibrômites.

7913. Quand l'état aigu est entièrement dissipé, ce n'est plus, dans notre manière de considérer les faits, de la véritable phlegmasie qu'il s'agit, mais de tout autre état organopathologique, qui exige alors des médications variées ; ainsi, les entérorrhées qui persévèrent après la disparition de l'iléite ou de la colite; ainsi les ramollissements ou les ulcérations qui succèdent à la gastrite ; ainsi les carcinômies qui persistent lorsque l'état inflammatoire est dissipé n'exigent en rien les mêmes moyens que les phlegmasies aiguës. C'est à d'autres parties de cet ouvrage que nous renvoyons pour le traitement de ces suites ou de ces coïncidences des angibrômites.

7914. N'oublions pas qu'après la disparition des symptômes aigus, il faut revenir lentement et avec une extrême prudence au régime et à la manière de vivre habituelle. Les aliments seront donnés d'abord à des doses faibles; on les augmentera peu à peu en observant chaque jour les effets des premières quantités administrées, et l'on agira constamment avec la même prudence relativement au traitement de la convalescence.

Indications spéciales; indications tirées des épidémies.

7915. Indépendamment de ces règles de traitement applicabl

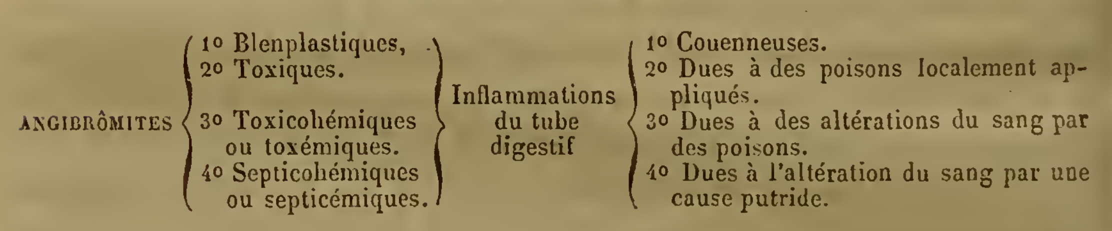
aux angibrômites, considérées comme nous l'avons fait, en général et en particulier, les auteurs en ont donné quelques autres qui sont en rapport avec les états généraux, avec les anomohémies et les toxémies qu'ils regardent avec raison comme propres à causer ou à entretenir les phlegmasies du tube digestif. Ainsi dans la stomatite mercurielle, il faut avoir recours à des moyens généraux, dirigés contre l'altération des fluides en rapport avec l'absorption de l'hydrargyre. (Voyez l'histoire des Toxémies.) Ainsi dans la stomatite plus ou moins grave qui se déclare chez les enfants encombrés dans des espaces étroits, il est utile d'éloigner ces enfants les uns des autres, de leur faire respirer un air pur, en un mot de leur prescrire les moyens applicables aux cas de septicémie. Plus les accidents généraux seront graves et plus aussi il faudra insister sur de telles prescriptions. Dans l'iléite qui accompagne ou qui suit la septicémie (fièvre typhoïde), il sera surtout utile d'insister sur l'aération et sur les boissons abondantes.

7916. On voit encore des colites et des colorectites qui sont en rapport *avec des causes épidémiques spéciales*, et dans lesquelles il semble qu'un agent toxique particulier produise et entretienne le mal. Or, dans des cas pareils, il serait éminemment utile de pouvoir déterminer la nature de cette cause, et de la combattre par des neutralisants en rapport avec elle; mais malheureusement un tel modificateur n'est pas chimiquement caractérisé; on ne le connaît que par les symptômes spéciaux qu'il occasionne; de là vient la très-grande incertitude où l'on est relativement au choix du traitement général qui convient contre cette cause particulière. Chaque auteur a proposé la pratique qu'il croyait lui avoir réussi: l'un a vanté l'opium, l'autre l'ipécacuanha, celui-ci le tartre stibié, tel autre encore une médication complexe, dans laquelle le remède principal a été l'opium réuni à l'ipécacuanha. L'un a affirmé que la rhubarbe a exclusivement convenu; d'autres soutiendront que telle ou telle médication empirique a seule été utile, etc. Or, dans tout cela il peut à coup sûr y avoir du vrai; mais il y a aussi beaucoup d'exagération. On ne peut, relativement aux épidémies, indiquer de règles générales. Des observations très-recommandables affirment que les médications qui conviennent dans l'une d'elles pourraient fort bien ne pas être utiles dans une autre. Ce serait donc l'expérience que chaque médecin pourrait se faire de ce qui réussirait ou de ce qui nuirait dans chaque épidémie d'angibrômie, qui le dirigerait relativement à l'emploi de

chaque remède. Ce qu'il aurait observé alors ne serait pas applicable au traitement d'autres affections épidémiques. A coup sûr, s'il en était ainsi, il y aurait fort peu à espérer de l'expérience thérapeutique générale, et il faudrait recommencer pour chaque épidémie nouvelle des tâtonnements laborieux. Nous n'avons rien vu depuis plus de trente ans de pratique, qui nous prouve la vérité de cette assertion ; ce qui a été utile telle année *dans des états organopathologiques bien déterminés*, l'a été telle autre année lorsque les mêmes états se sont présentés. En supposant exactes les observations des auteurs relativement à la spécialité du traitement pour chaque épidémie, il y aurait alors deux choses dont il faudrait tenir compte relativement aux angibrômites : 1° Des indications générales en rapport avec ces inflammations considérées en elles-mêmes, et ce sont celles qui ont été étudiées dans le courant de cet article; 2° des indications relatives à la cause spéciale de l'épidémie, et ce serait pour remplir celles-ci qu'on serait réduit à avoir recours à une expérimentation journalière.

CHAPITRE XIII.

ANGIBRÔMITES SPÉCIALES.



ANGIBRÔMITES	1° Blenplastiques, 2° Toxiques. 3° Toxicohémiques ou toxémiques. 4° Septicohémiques ou septicémiques.	Inflammations du tube digestif	1° Couenneuses. 2° Dues à des poisons localement appliqués. 3° Dues à des altérations du sang par des poisons. 4° Dues à l'altération du sang par une cause putride.

7917. Dans l'histoire des angibrômites, nous avons établi la plupart des considérations relatives aux divers états organo-pathologiques spéciaux qu'il s'agirait ici d'étudier. Nous nous bornerons dans cet article à quelques annotations complémentaires.

1° ANGIBRÔMITES BLENPLASTIQUES.

7918. C'est principalement à la bouche et au pharynx que l'on a observé les inflammations couenneuses de l'angibrôme. Longtemps même celles-ci ont été confondues avec d'autres pharyngites. C'est à M. Bretonneau surtout que l'on doit d'avoir distingué ces états organopathologiques qui sont si différents entre eux sous le rapport de leur nature et de leur traitement. Certes, les descriptions d'un grand nombre de cas d'angine maligne, ou de *cynanche gangréneuse*, de *cynanche strangulatoria*, d'esquinancie, etc., telles que les

avaient données les auteurs, doivent être rapportées à la pharyngite blenplastique. Mais c'est à M. Bretonneau que la science est redevable de la généralisation de cette étude. Il fit voir qu'il y a entre la *diphtérite* (pour nous servir de son expression) et le croup, sinon toujours une identité, au moins une extrême analogie. Il prouva que les couches grisâtres, blanchâtres, jaunâtres, formées alors sur le pharynx, ne sont pas, comme on l'avait cru, des plaques nécrosiées; mais bien des pseudo-membranes, résultats d'une exhalation en rapport avec le travail inflammatoire. M. Bretonneau démontra que la phlegmasie locale n'est ici qu'un des points de la maladie, et qu'il y a co-existence d'un état général auquel est due la production d'une pseudo-membrane. Cet état est si peu local que sur les malades atteints de diphtérite, l'application d'un vésicatoire détermine au-dessous de l'épiderme la formation d'une couche couenneuse. Les recherches ultérieures ont entièrement vérifié l'exactitude des faits vus par M. Bretonneau, et ont permis de spécifier nettement en quoi consistait cet état général. Toutes les analogies portent en effet à admettre qu'alors il y a coïncidence d'une altération du sang dans laquelle la fibrine est tenue en suspension dans le sérum (hémite) et d'une pharyngite. Ce n'est donc plus alors d'une phlegmasie simple qu'il s'agit, mais bien d'une affection complexe, c'est-à-dire d'une hémite et d'une inflammation locale. Cette opinion sur la nature de la pharyngite blenplastique découle naturellement soit de mon travail sur la couenne du sang et sur la formation des productions accidentelles (*Proc. op. de la percussion*, n°s 518 et suivants), soit de mon mémoire sur l'hémite. Cependant cette coexistence de phénomènes : couenne dans le sang et pharyngite, n'explique pas encore tous les accidents observés dans les diphtérites épidémiques. L'histoire de celles-ci porte à croire qu'un agent toxique inconnu est pour quelque chose dans l'invasion, la marche, et dans la manière dont le mal s'étend à un grand nombre d'hommes. Du reste, nous renvoyons à l'histoire de la laryngite blenplastique pour tout ce qui a trait à l'étude de la pharyngite de même espèce; car les causes, la nature et les principaux accidents de ces affections sont les mêmes. De plus, les différences existant entre les symptômes de ces deux ordres de phlegmasies ne peuvent guère se rapporter qu'au siége précis du mal : or, nous avons dit à l'occasion de la pharyngite simple, quelles sont les particularités en rapport avec le siége (n° 7841), et il serait complétement inutile d'y revenir. Seulement toutes les fois que,

comme symptôme ou comme suite d'une inflammation, viennent à se former sur le pharynx ou même dans la bouche des couches couenneuses, grisâtres, jaunâtres, verdâtres, il faut avoir sans cesse présent à l'esprit que cette affection peut s'étendre au larynx. Il est alors de règle pratique, pour peu que le mal se propage aux parties voisines, de le combattre avec la plus grande énergie. Quant aux moyens applicables à de tels cas ils ne diffèrent guère de ceux qui conviennent pour la laryngite blenplastique, ce qui nous dispense d'y revenir ici. Remédier autant que possible à l'hémite par des évacuations sanguines, peut-être par des bicarbonates alcalins, et à coup sûr par des boissons aqueuses prises à doses répétées; combattre la phlegmasie par des gargarismes adoucissants et par des saignées locales dont les proportions seront subordonnées à la quantité générale du sang; modifier profondément le caractère de l'inflammation au moyen de cathérétiques, parmi lesquels on doit citer surtout le nitrate d'argent, dont on peut renouveler l'application à plusieurs reprises; ne pas craindre l'usage de purgatifs et d'émétiques énergiques, dont l'action évacuante est si souvent utile à titre de dérivation ou à quelque autre titre qu'on voudra, telles sont ici, comme dans le croup, les bases principales du traitement. Que si l'on pouvait jamais remonter jusqu'à quelque cause toxique spéciale qui imprimât épidémiquement à la pharyngite le caractère blenplastique, il faudrait sans doute chercher à la détruire; la science, malheureusement, n'en est pas encore parvenue à ce point.

Traitement du *muguet* des auteurs.

7919. La stomatite et la pharyngite avec formation d'une couche d'apparence caséeuse sur la membrane (muguet des auteurs), réclame aussi, en général, l'application de légers cathérétiques, tels que l'alun calciné et le nitrate d'argent. Lorsque la marche des accidents porte à croire qu'une œsophagite et qu'une gastrentérite du même genre suivent de telles stomatites et se propagent de haut en bas, alors l'usage des purgatifs salins est indiqué. Il est utile, en effet, d'évacuer la matière déposée par sécrétion dans l'angibrôme, et qui chez les jeunes enfants donne souvent lieu à des selles colorées en vert foncé. On alternera et on combinera, dans de tels cas, l'emploi des évacuants et l'usage des antiphlogistiques.

Traitement des inflammations couenneuses de l'estomac et des intestins.

7920. Les phlegmasies blenplastiques de l'estomac et de l'intestin sont rares et peu connues. Il est inutile d'en traiter d'une ma-

nière spéciale; leurs causes sont probablement analogues à celles qui président au développement des stomatites et des pharyngites blenplastiques. Certains individus rendent cependant par les selles des pseudo-méninges, d'une manière chronique et sans qu'il se manifeste quelque chose de semblable à l'état général que l'on observe dans le croup ou dans la diphtérite (1). Si un tel état coexistait, à coup sûr il faudrait le combattre par des moyens internes du même genre que ceux qui conviennent dans ces dernières affections. Si cette coexistence n'avait pas lieu, on serait réduit à l'emploi de médicaments localement appliqués. On chercherait autant que possible à les diriger vers les parties affectées ; c'est dans cette intention que l'on a conseillé de porter une solution de nitrate d'argent dans le rectum des malades rendant par les selles des pseudoméninges venant des gros intestins. Il faut être réservé sur l'emploi de tels moyens, car ils pourraient, en définitive, avoir de graves inconvénients. Dans le plus grand nombre des cas, on se borne ici à avoir recours à des préparations dites adoucissantes, telles que les infusions mucilagineuses, des décoctions féculentes, etc., dont l'administration est souvent combinée avantageusement avec celle des évacuants.

7921. J'ai vu fort rarement des gastrites blenplastiques, et le seul cas où des pseudoméninges avaient été réellement formées par la membrane interne de l'estomac se rapportait à une femme qui avait pris de fortes doses d'oxyde blanc d'antimoine. Ce médicament avait été donné dans l'intention de remédier à une pneumonite. La malade succomba à l'affection pulmonaire ; l'estomac, présentant d'ailleurs une assez vive rougeur, était tapissé par une fausse membrane épaisse et jaunâtre.

ANGIBRÔMITES TOXIQUES, OU PRODUITES PAR DES POISONS.

7922. Une foule de corps appliqués sur la membrane angibrômique peuvent altérer son tissu d'une telle façon qu'il en résulte une phlegmasie. A la rigueur il n'est presque pas de substances qui, données à de certaines doses et dans de certains temps, ne puissent agir de façon à produire des inflammations gastrentériques. L'eau à des températures très-basses ou très-élevées, les aliments

(1) Une femme de quarante ans, qui depuis longtemps était à la Salpêtrière, rendait fréquemment par les selles de longs fragments de pseudoméninges altérées, sans que l'on ait pu trouver la cause d'un tel état organopathologique.

les plus salubres ou les moins excitants, etc., sont susceptibles, par suite de prédispositions particulières, de donner parfois lieu à un état véritablement inflammatoire. Cependant les phlogoses dont il s'agit ne peuvent être considérées comme étant de nature toxique. Il faut donc, pour qu'on assigne un tel caractère à une phlegmasie, que celle-ci soit produite et entretenue par de véritables poisons. Mais qu'entend-on par un poison? Presque toutes les questions scientifiques et pratiques finissent par être influencées par les questions de nomenclature, et en voici encore un nouvel exemple. Or, on doit entendre seulement comme poison, du moins dans la série de faits que nous étudions ici, les substances qui n'étant point alimentaires (1) peuvent, sous un petit volume et chez des sujets parfaitement sains, déterminer des accidents graves ou même mortels. Parmi ces substances il en est dont l'effet direct sur le tube digestif est d'y produire une telle lésion que des inflammations soient la suite de celle-ci; c'est de semblables phlegmasies que nous voulons parler dans cet article.

7923. L'ensemble des travaux qu'il serait utile de présenter ici est tellement vaste, qu'il est à peu près impossible d'entrer dans les détails que ce sujet comporte. Pour en parler convenablement il faudrait faire un ouvrage complet sur la toxicologie, et comme on ne peut en rien traiter soit des divers poisons, soit des altérations qu'ils produisent dans les substances animales, soit des symptômes qui en sont les conséquences ou des réactions des corps qui peuvent les neutraliser, sans faire en même temps l'histoire chimique de ces agents, il en résulte que nous ne devons point aborder de telles recherches. D'ailleurs des écrits de premier ordre ont été tracés pour la partie chimique et spéciale de la question, et nous devons renvoyer ici à l'excellente Toxicologie dont M. Orfila vient de publier la quatrième édition. Nous n'établirons que des données très-générales qui suffiront pour ne pas laisser de lacunes dans notre cadre, et pour exposer les principales règles pratiques en rapport avec les angibrômites toxiques. Ces règles se rapprochent beaucoup plus qu'on ne pourrait de prime abord le croire, des principes qui doivent diriger dans le traitement des autres phlegmasies du tube digestif.

(1) Des substances vénéneuses peuvent être mélangées avec des aliments : exemple : l'acide cyanhydrique dans la pêche, un principe vénéneux dans le manioc, etc.

Nécrorganographie. — Caractères anatomiques communs avec les phlegmasies angibrômiques simples.

1924. Or, on trouve, à la suite des divers empoisonnements dont le principal effet est une phlegmasie du tube digestif, la plupart des lésions que l'on rencontre dans les autres inflammations gastrentériques. On observe sur les parties de l'angibrôme où les poisons sont ingérés, c'est-à-dire dans la bouche, le pharynx, l'œsophage, l'estomac, les intestins grêles et les gros intestins: 1° des rougeurs, de la tuméfaction et parfois des ecchymoses; cela se voit pour le phosphore, le chlore, les acides sulfurique, azotique, chlorhydrique, arsénique et arsénieux (1), pour la baryte, l'ammoniaque, le sulfate de fer, le protochlorure d'étain, l'azotate de bismuth et d'argent, le tartre stibié, le sublimé corrosif, le chlorure d'or, la bryone, les cantharides, etc.; 2° des ramollissements; c'est ce qui a surtout lieu à la suite de l'action de la potasse ou de la soude; 3° des escarrhes, ainsi qu'on le remarque consécutivement à l'ingestion des acides minéraux, du nitrate d'argent, etc.; 4° des perforations, comme cela arrive souvent lorsqu'on a avalé de la soude ou de la potasse, ou encore des acides minéraux concentrés, etc. Du reste, l'intensité, le degré des lésions précédentes, sont très-variables, en raison du temps que les poisons qui les produisent ont séjourné dans le tube alimentaire, en raison de leur concentration, des substances qui se trouvaient mélangées avec eux, de l'épaisseur du conduit angibrômique, peut-être de la sensibilité du sujet, etc.

Caractères spéciaux aux angibrômites toxiques.

1925. Indépendamment de ces caractères généraux et qui peuvent se présenter dans la plupart des empoisonnements par des substances corrosives, on observe quelques lésions spéciales en rapport avec l'action de telle ou telle substance toxique; en voici quelques exemples. Dans l'angibrômite produite par *l'iode*, on a trouvé de petits ulcères bordés d'une aréole jaune et des taches d'un vert foncé sale; dans celle que cause *l'acide azotique*, on a rencontré des escarrhes grisâtres et jaunâtres (bien que, dans un cas, j'aie vu des escarrhes noires de la bouche chez un malade qui avait bu de l'eau forte); dans la phlegmasie du canal digestif produite par l'acide sulfurique, on a noté des plaques nécrosiées plus ou moins noires; toute-

(1) Les phénomènes inflammatoires locaux du côté du tube digestif ne sont pas tout à fait constants pour ces deux derniers acides, etc.

fois, dans un fait semblable, je les aie vues d'une teinte gris-jaunâtre); dans l'angibrômite causée par *l'acide chlorhydrique*, les escarrhes sont jaunâtres; dans celle qui est déterminée par le *protochlorure d'étain*, on a trouvé quelquefois la membrane muqueuse presque noire, durcie, serrée, tannée, difficile à enlever, ulcérée dans quelques points; dans la gastrentérite produite par *l'azotate d'argent*, on a vu des nécrosies d'un blanc-grisâtre, ou d'un noir très-foncé; dans celle qui est déterminée par *le sulfate de fer*, la membrane muqueuse a été trouvée d'un vert sale, etc.

7926. Bien que ces caractères puissent avoir de l'importance pour particulariser les lésions en rapport avec tel ou tel poison, il faut avouer qu'ils sont souvent très-insuffisants pour établir le diagnostic. Les colorations blanches, jaunâtres, verdâtres. noirâtres, observées dans les escarrhes, peuvent être les résultats de la teinture donnée à ces parties privées de vie par des substances autres que les poisons; c'est ce qui peut arriver de la part de la bile, du sang, etc. On voit même des tissus mortifiés affecter les apparences dont il s'agit sans qu'il y ait eu empoisonnement. Il peut même arriver que la macération décolore des plaques nécrosiées et leur donne une nuance blanchâtre. Il faut surtout se rappeler que certaines phlegmasies spéciales, telles, par exemple, que l'entérite ou la colite septicémique, ont parfois pour conséquence la formation d'escarrhes dans lesquelles l'apparence peut être à peu près la même que celle de nécrosies produites par les agents toxiques.

7927. Le siége que présentent les escarrhes dont il s'agit peut jeter quelque lumière sur le caractère toxique ou non toxique des nécrosies dont le tube digestif est le siége. C'est ainsi que bornées et circonscrites à la bouche, au pharynx, à l'estomac et même au rectum, elles sont souvent le résultat de l'action des agents délétères, tandis que celles qui ont exclusivement leur siége dans l'intestin grêle sont plus souvent en rapport avec des causes internes autres que des poisons proprement dits.

Nécessité, pour particulariser la nature d'un empoisonnement, de constater la présence du poison.

7928. Le moyen indispensable pour déterminer absolument le caractère anatomique spécial d'une angibrômite toxique est de trouver sur la surface ou dans la profondeur de la partie malade, la substance qui a donné lieu aux accidents toxiques; c'est à la chimie,

la microscopie, à découvrir l'existence de tels corps, et l'on doit rtout ne pas oublier ici l'utilité de l'appareil de Marsh, qui a con- uit dans ces derniers temps M. Orfila et d'autres toxicologistes à s résultats si importants; mais, encore une fois, ce n'est point ici i'il convient d'aborder de telles questions.

1929. Lorsqu'il s'agit de déterminer le caractère toxique d'une gibrômite, il faut diriger des recherches chimiques non-seulement r le tube digestif, mais encore sur le sang, sur les poumons, le foie, reins, l'urine, enfin sur les autres organes qui constituent le rps de l'homme. Souvent, en effet, on trouve dans ces parties poisons qui ont été absorbés, à la suite ou pendant la durée de phlegmasie locale. (Voyez la Toxicologie de M. Orfila, les re- erches de MM. Devergie, Flandin et Danger, Pelouze, etc.)

Biorganographie. — Inspection, palpation, plessimétrie. stéthoscopie.

1930. Les caractères généraux des phlegmasies se retrouvent bord dans les inflammations toxiques de toutes les portions de la mbrane muqueuse accessible à la vue et au toucher. En général, la chaleur et la rougeur sont plus vives que dans les cas de phlogose nple; cette règle peut cependant offrir des exceptions. La pharyn- e et l'amygdalite non toxiques présentent parfois une teinte ver- ille extrêmement prononcée, tandis que j'ai vu plus d'un cas de matite produite par les acides corrosifs dans lesquels la membrane queuse offrait peu de rougeur. Les plaques nécrosiées (escarrhes) forment les poisons caustiques ont, pendant la vie, des carac- es semblables à ceux qui sont observés dans les tissus après la t. La palpation de l'estomac et des intestins ne permettrait re d'y sentir la présence des liquides corrosifs qui produiraient accidents; seulement elle pourrait donner lieu à des bruits lot ou de gargouillement en rapport avec l'existence simultanée ces fluides et de gaz dans les organes qui viennent d'être nom- . La palpation du rectum pourrait y faire trouver, soit une vive leur en rapport avec une phlegmasie toxique, soit des liquides stères qui y auraient été injectés.

1931. La plessimétrie aurait ici quelques applications utiles. Si poisons liquides étaient portés dans l'estomac ou dans les gros stins, il serait possible de constater dans ces organes la pré- ce de ces corps. Bien entendu que la percussion n'apprendrait rien ici s'il s'agit plutôt d'un poison que d'une autre substance, ue les circonstances commémoratives et l'ensemble des autres

symptômes pourraient seuls éclairer une telle question. On conçoit que, dans une foule de cas, les signes plessimétriques pourraient avoir dans la toxigastrite la plus grande utilité; ils permettraient de constater : si l'estomac est actuellement vide ou à peu près vide; s'il est rétracté ou distendu par une grande quantité de matières alimentaires ou de liquides mélangés avec une substance vénéneuse *que l'on saurait avoir été ingérée*, etc. Des considérations du même genre sont applicables aux gros intestins remplis de substances toxiques.

7932. On ne voit pas que l'auscultation puisse avoir ici une utilité spéciale. Cependant, si des acides concentrés (tels que de l'acide azotique qui, en contact avec des matières animales, en dégage abondamment des gaz) étaient portés dans l'estoac, on conçoit que *l'oreille appliquée sur cet organe pourrait entendre une sorte de bouillonnement produit par ce même dégagement.*

Inspection et analyse des matières excrétées.

7933. Mais les caractères physiques les plus saillants de la toxangibrômite se tirent de l'inspection et surtout de l'analyse des matières rejetées par les vomissements ou rendues par les selles. Nous nous bornons ici à mentionner cette proposition, sans entrer dans les innombrables détails qu'elle comporte. Les matières vénéneuses susceptibles d'enflammer l'angibrôme sont si multipliées et si différentes entre elles, qu'il faudrait faire en quelque sorte un cours d'analyse chimique pour traiter convenablement un tel sujet, et c'est ce que nous nous garderons bien de faire. Nous établirons seulement les propositions suivantes : 1° toutes les fois que les circonstances commémoratives et que les caractères des symptômes observés porteront à supposer qu'il peut s'agir d'un empoisonnement, il faudra conserver avec soin les matières vomies et celles qui seront évacuées par les selles ; 2° on se rappellera les notions générales qui se trouvent dans les bons traités de chimie ; 3° si l'on possède des connaissances chimiques assez positives pour faire une analyse convenable, on la fera soi-même, tandis que, dans le cas contraire, on devra consulter un chimiste exercé et s'en rapporter à son jugement.

Symptomatologie. — Marche.

7934. Les symptômes des angibrômites toxiques ne diffèrent point de ceux des phlegmasies gastrentériques produites par toute autre cause (n° 7840) ; seulement ils sont en général très-intenses; leur invasion a été très-brusque et a eu lieu instantanément, soit au

ıoment où une substance délétère a été ingérée, soit très-peu de mps après cette ingestion. La marche des accidents est, dans de ·ls cas, très-rapide, et peu d'heures ou même peu de minutes suf-sent pour que le mal soit porté à son plus haut degré d'intensité. ela est vrai dans les empoisonnements produits par des acides cor-osifs, par des oxydes et par des sels minéraux vénéneux, etc. Sans oute il y a des exceptions à cette règle générale; mais elles sont ares, et c'est une chose très-propre à mettre sur la voie d'un em-oisonnement que de voir de violentes douleurs de l'estomac ou de intestin, des vomissements répétés et excessifs, des évacuations al-ines, liquides et nombreuses, se manifester tout à coup, et être brus-uement suivies de la petitesse et de la fréquence du pouls, en un ıot, de symptômes généraux graves (1).

7935. En général, quand les angibrômites produites par les oisons ne sont pas suivies d'une mort extrêmement prompte, il eut se déclarer plusieurs séries de phénomènes : tantôt la substance oxique est entièrement rejetée, sans qu'elle ait produit dans les tis-ıs qu'elle a touchés, autre chose que des troubles de circulation et 'innervation; alors, la cause du mal étant enlevée, les parties re-iennent bientôt à leur état primitif, et les fonctions des viscères gas-rentériques rentrent aussi dans leur état normal. *La résolution*, our se servir du langage de l'école, ne tarde donc pas alors à s'o-érer. D'autres fois, une portion du poison est entourée par des flui-es exhalés et solidifiés qui lui forment une enveloppe. Celle-ci rotége les parties vivantes contre l'action délétère de la substance oxique en quelque sorte incarcérée; et, par exemple, un fragment 'arsenic resta longtemps contenu dans l'estomac, sans donner lieu des phénomènes mortels. Rien, du reste, n'est plus rare qu'un emblable événement. Il est bien plus ordinaire de voir les poisons e mélanger avec des aliments ou des boissons contenus dans le ıbe digestif, perdre ainsi une partie de leur énergie et causer seu-

(1) La promptitude avec laquelle des vomissements et des selles surviennent à ı suite de l'ingestion des poisons corrosifs, fait que les accidents qui se déclarent 'ont pas toujours pour résultat la mort des malades. En effet, les agents toxi-ues sont bien souvent rejetés au dehors avant qu'ils aient complétement détruit es parties de l'angibrôme en contact avec eux. Aussi, dans les expériences que 'on veut faire sur les animaux dans l'intention d'apprécier les effets des substan-es délétères, faut-il, avant toute chose, et comme l'a fait M. Orfila, lier l'œso-hage à l'effet d'empêcher l'évacuation des poisons.

lement alors des angibrômites légères, ou des évacuations modérées. Ailleurs, il arrive que les poisons détruisent la superficie de la membrane muqueuse ou toute l'épaisseur de celle-ci, ou encore les fibres charnues sous-jacentes; alors il se déclare un état de souffrance chronique en rapport, soit avec les ulcérations qui persistent longtemps ou même ne se guérissent pas, soit avec des cicatrices qui, rétrécissant parfois des points plus ou moins étendus de l'angibrôme, y gênent même, dans certains cas, le passage des matières. De là des phénomènes semblables à ceux qui sont propres aux elcosies et aux sténosies du tube digestif (nos 7415, 7432). Dans des cas plus graves encore, l'angibrôme est perforé par suite de l'action des poisons, et il se déclare alors une série d'accidents analogues à ceux des péritonites les plus intenses.

7936. D'après ce qui précède, rien n'est plus variable que la marche des angibrômites toxiques considérées, soit dans leur ensemble, soit dans les symptômes de chacune d'elles en particulier. Cette marche, tantôt très-aiguë, tantôt assez chronique, ne peut pas être décrite d'une manière générale et absolue. La dose du poison, la proportion et la composition des substances contenues dans le tube digestif au moment où la substance délétère est ingérée, l'organisation propre de l'individu empoisonné, sont tout autant de circonstances qui modifient infiniment l'instensité et l'ordre de succession des phénomènes observés (1).

Entérite de cuivre.

7937. Parmi les toxangibrômites, il en est une qui mérite une mention spéciale parce qu'elle se rencontre très-fréquemment dans la pratique, et qu'il est important de la distinguer des phlegmasies gastrentériques simples qui souvent ont avec elle la plus grande analogie; je veux parler de l'affection dite colique de cuivre. Celle-ci se manifeste particulièrement chez les ouvriers qui travaillent, soit à ce métal, soit aux oxydes ou aux sels qu'il forme; on la rencontre aussi chez des gens qui volontairement ou accidentellement ont pris du sulfate, de l'acétate de cuivre, etc., dans leurs aliments ou dans leurs boissons; quand la quantité de ces poisons ingérée en une seule fois a été considérable, alors se manifestent des douleurs intenses, des vomissements, des évacuations alvines dans lesquelles le chimiste peut reconnaître la substance métallique. Quand les proportions de

(1) Voyez le Traité de Toxicologie de M. Orfila, tome Ier.

uivre ont été moins grandes en une seule prise, mais que leur in-
estion a été renouvelée pendant un temps plus ou moins long, alors
s symptômes sont moins aigus. De vives douleurs ont principalement
u sur le siége et dans la direction des gros intestins. Il y a quelques
missements ; mais surtout des selles très-nombreuses, très-liquides,
rfois colorées en vert et dans lesquelles on peut aussi retrouver
poison. Fréquemment coexiste un état fébrile. On ne voit point
déclarer à la suite de telles angibrômites d'accidents névropathi-
es spéciaux ; aussi n'est-ce pas d'après les symptômes, mais en se
ndant sur les circonstances commémoratives et sur la constatation
la présence du cuivre dans les matières excrétées que l'on
stingue la colite cuivreuse de certaines entérites ou de diverses
lites produites par d'autres causes. Toutes les fois donc que les
nptômes portent à soupçonner qu'il peut s'agir d'une angibrô-
e déterminée par le cuivre, il faut questionner avec le plus grand
n les malades sur les professions qu'ils ont exercées, ou sur les
constances diverses dans lesquelles ils se sont trouvés. Il m'est
ivé de reconnaître ainsi des empoisonnements par le cuivre que
lement on aurait pris pour des entérites septicémiques (fièvres
hoïdes).

Entérites mercurielle et saturnine.

938. L'histoire des empoisonnements par le deutochlorure et
d'autres sels mercuriels rentre dans l'étude générale de la toxan-
ômite. Quant au tremblement et aux autres accidents névropathi-
s qui les accompagnent, ils ne doivent pas faire partie de cet article.

939. Naguère encore on considérait la colique saturnine comme
phlegmasie spéciale de l'intestin. S'il en était ainsi il faudrait
racer ici au moins les caractères principaux ; mais les travaux
ernes ont fait justice de cette erreur. On peut lire dans l'excel-
ouvrage de M. Tanquerel des Planches l'état de la science sur
jet. Nous traiterons ailleurs des accidents gastrentériques aux-
s donne lieu l'empoisonnement par le plomb. (Voyez dans ce vo-
l'histoire des Dysnervies angibrômiques.)

Diagnostic et pronostic.

940. Le diagnostic des toxangibrômites repose entièrement sur
irconstances commémoratives, sur la rapidité de l'invasion,
'acuité des symptômes et sur la présence du poison dans les
ères évacuées. Ce dernier caractère peut surtout faire constater
èce de substance toxique qui a été ingérée.

7941. Le pronostic est aussi variable que les lésions, et l'intensité de la phlegmasie, que les doses du poison et les accidents concomitants sont divers. Les notions relatives à l'historique du cas particulier qui se présente, et la symptomatologie, serviront à établir un jugement motivé sur l'avenir probable du malade.

Etiologie. Pathogénie.

7942. Comment une substance âcre et corrosive portée dans le tube digestif y produit-elle la série de symptômes rapportés à l'inflammation ? Il serait très-facile de répondre à cette importante question, en disant que l'irritation des tissus par de tels poisons produit un semblable effet. Mais le mot irritation n'a point de sens déterminé : il ne se rapporte pas plus à un être pathogénique quelconque que les expressions fièvre, catarrhe et rhumatisme ne désignent une chose fixe; cette prétendue explication serait donc une supposition qui ne reposerait sur aucune donnée sévère.

7943. Du reste, la solution de la question qui vient d'être posée pouvant éclairer celles qui ont trait à la théorie de l'inflammation en général, il est bon d'y insister.

7944. D'abord, il est des poisons qui détruisent les parties avec lesquelles ils sont en contact; tantôt, comme la potasse, ils enlèven l'eau qui entre dans la composition des tissus; tantôt, comme certains acides concentrés, ils cèdent aux organes une grande propor tion d'oxygène; ailleurs, ils coagulent, ainsi que le font ces même acides, l'albumine du sang. Parfois ils dissolvent les tissus ou s combinent directement avec les parties, etc. Or, tout ceci entraîn nécessairement des arrêts de circulation dans les portions de vais seaux qui se continuaient précédemment avec les vascularités d tissus désorganisés. Ce sont là des phénomènes purement mécaniqu dont les accidents phlegmasiques ultérieurs sont les conséquenc inévitables. Les faits microscopiques concordent entièrement avec c résultats de l'observation la plus simple.

7945. Ces mêmes substances données à des doses moindres produisent point des effets aussi apparents. Il n'y a pas alors destru tion de l'organisation, mais il existe au moins des modifications m térielles profondes, telles que des rétractions vasculaires, des coag lations de liquides, etc., qui gênent aussi la circulation et donne lieu à des phénomènes analogues aux précédents.

7946. Or, l'analogie porte à admettre que les autres poisons q

usent aussi des gastrentérites, agissent de la façon qui vient d'être :e.

:7947. La conséquence de tout ceci est évidente : la phlegmasie t causée et entretenue non pas par *l'irritation*, mais par les lésions ysiques et matérielles qui ont gêné la circulation. Cette phlegmasie érit d'elle-même, quand ces lésions ne sont pas portées assez loin ur que la circulation ne puisse se rétablir dans les parties affec-es ou dans les vaisseaux qui les entourent. En général, lorsque désordre local n'a pas été porté au point de détruire l'organi-ion, une fois que l'agent délétère a cessé d'agir ou est évacué, les ganes rentrent bientôt dans l'exercice et dans l'ordre naturel de irs fonctions.

:7948. Une infinité de substances peuvent agir comme poisons déterminer quelques-uns des phénomènes organiques précédem-nt indiqués (n° 7944), et partant, les accidents dits inflamma-res. Le plus grand nombre de ces corps appartiennent : 1° au règne néral (les acides concentrés, plusieurs oxydes, certains sels) ; 2° à substances végétales telles que les champignons ; 3° à des pro-ctions prises des animaux (les cantharides par exemple).

:7949. Parmi les effets produits par les poisons âcres et corrosifs faut distinguer ceux qui, résultant du contact direct de la sub-nce toxique avec le tube alimentaire, consistent dans les phéno-nes de désorganisation, d'inflammation, dont il vient d'être parlé, ceux qui sont les conséquences de la pénétration dans le sang une plus ou moins grande proportion de ces poisons. La plupart substances qui viennent d'être citées sont en effet susceptibles de troduire dans les vaisseaux et de déterminer ainsi des accidents néraux différents de ceux qui sont les conséquences des toxangi-mites elles-mêmes. Ce sont là deux états organopathologiques tincts qui se combinent dans un même empoisonnement, et cha- d'eux présente des indications différentes. L'histoire des toxé-s (1) appartient à une autre partie de cet ouvrage.

Thérapeutique.

7950. Les principales indications qui se présentent dans les angibrômites sont : 1° d'évacuer le poison ; 2° de le neutraliser ; le l'étendre, quand on ne peut mieux faire, d'une assez grande intité de véhicule aqueux pour que son action soit moins préju-

) Par abréviation de toxicohémie (voyez le tome III).

diciable; 4° de combattre les accidents résultant de l'absorption d'une partie des substances toxiques; 5° de combatttre les effets organiques qu'il a produits.

Il faut chercher à évacuer le poison.

7951. Les lotions fréquentes de la bouche et du pharynx doivent être employées et réitérées dans les cas de stomatite et de pharyngite toxiques. Les boissons aqueuses tièdes, abondantes, les vomissements provoqués(1), sont les moyens qu'il est d'une utilité absolue de mettre tout d'abord en usage dans les cas où un poison a été introduit dans l'estomac. *Si l'on avait sous la main une sonde œsophagienne, le premier soin devrait être de la porter tout d'abord dans le ventricule.* S'il était possible d'ajouter un corps de pompe à l'extrémité extérieure de cette sonde, tel, par exemple, que celui d'une seringue ordinaire, ce serait là un excellent moyen pour aspirer le liquide délétère introduit dans l'estomac; le cathétérisme de l'œsophage est on ne peut pas plus facile, il ne faut pas s'en effrayer. Quelque faibles que soient les connaissances anatomiques et chirurgicales, on parvient aisément à le pratiquer. Il suffit pour l'exécuter de vouloir le faire et de pousser profondément la sonde de gomme élastique dans la direction de l'œsophage jusque par delà l'orifice cardiaque. Cette canule peut servir à porter des injections d'eau dans l'angibrôme et à les aspirer ensuite. Elle donne donc les moyens de laver, pour ainsi dire, le viscère. C'est là le meilleur moyen de remédier à un empoisonnement gastrique qui vient d'avoir lieu, de sorte que le traitement de celui-ci devient presque chirurgical; tant il est vrai qu'il est impossible désormais de séparer dans la pratique comme dans la théorie, la pathologie iatrique de l'étude des maladies qui exigent l'emploi de la main. Tout médecin devrait avoir constamment à sa disposition non-seulement une sonde œsophagienne, mais encore les instruments nécessaires pour ouvrir la trachée, pour lier les artères et même pour opérer les hernies, etc.

7952. Des considérations analogues sont entièrement applicables aux empoisonnements produits par des substances portées dans le rectum. Des injections réitérées, l'usage de la sonde à dou

(1) C'est surtout ici en portant un doigt ou une plume dans le pharynx, c'est en faisant des frictions et des pressions sur le lieu où la plessimétrie fait reconnaître la présence de l'estomac, et non pas en ingérant des émétiques délétères, qu'en général les vomissements seront sollicités.

ble courant de M. Cloquet (1), des frictions et des pressions pratiquées sur l'abdomen dans la direction des gros intestins, seraient ici éminemment utiles; on pourrait se servir, pour les injections, de substances purgatives et huileuses, et les administrer à une température assez élevée, à l'effet de solliciter davantage la contraction de l'angibrôme.

2953. Quand la durée du temps qui s'est écoulé depuis l'ingestion d'un poison, quand les symptômes propres à l'entérite, quand les signes plessimétriques portent à croire que les liquides délétères sont parvenus dans les intestins grêles, alors on ne peut remplir l'indication relative aux évacuations que par l'emploi des boissons à hautes doses combinées à l'administration de purgatifs plus ou moins énergiques. Il faut faire usage de ceux-ci, parce que les boissons données isolément, absorbées dans l'estomac et dans le duodénum, ne parviendraient pas dans l'intestin grêle. J'ai constaté en effet par la plessimétrie (et ceci s'accorde très-bien avec les expériences qui ont été faites sur les animaux) que les boissons administrées même en quantité considérable, sont absorbées dans les portions gastrique et duodénale de l'angibrôme, et ne parviennent pas plus loin. Mieux vaut courir les risques des accidents que les purgatifs seraient susceptibles de causer sur des intestins altérés par des poisons, que de s'exposer à laisser ces poisons dans un contact continuel avec la membrane muqueuse entérique.

Il faut chercher à neutraliser le poison.

2954. C'est à la chimie qu'il appartient de déterminer quelles sont les substances les plus propres à neutraliser les poisons qui ont pénétré dans l'angibrôme. On trouvera dans les traités de toxicologie, et notamment dans celui de M. Orfila, l'indication des corps les plus capables de détruire les effets délétères de chacun des agents toxiques. Nous nous bornerons seulement à indiquer les moyens qui, dans l'état actuel de la science, sont considérés par les hommes compétents comme les meilleurs médicaments neutralisant des poisons corrosifs dont on est le plus souvent exposé à combattre les effets.

2955. Les principaux moyens qu'on a proposés sont : 1° contre le phosphore; la magnésie en suspension dans l'eau.

2° Contre l'iode; une légère décoction d'amidon et des lavements amidonnés.

(1) Cette sonde pourrait aussi convenir pour évacuer plus facilement les matières délétères contenues dans l'estomac.

3° Contre le chlore ; l'eau albumineuse tiède.

4° Contre les acides sulfurique, azotique, chlorhydrique, oxalique, tartrique, acétique; la magnésie, le carbonate de potasse.

5° Contre la potasse, la soude et l'ammoniaque; le vinaigre étendu d'eau.

6° Contre la baryte; les sulfates solubles.

7° Contre les acides arsénieux et arsénique; le sesqui-oxyde de fer hydraté sec ou délayé dans l'eau tiède (on a proposé aussi, dans ces cas, les acides acétique, sulfhydrique, et les sulfures métalliques solubles).

8° Contre le tartre stibié; une forte décoction de noix de galle ou de quinquina, à la température de 30 à 40°, le thé, les décoctions des racines, des écorces et des bois astringents.

9° Contre le sublimé corrosif; on a proposé l'albumine, le proto-sulfure de fer.

10° Contre l'acétate de cuivre; l'infusion de noix de galle, le sucre, l'albumine.

11° Contre les préparations de plomb (qui certes ne causent guère des phlegmasies); la limonade sulfhydrique, la limonade sulfurique, l'alun, le mercure, les purgatifs énergiques ; j'ai employé avec succès la limonade nitrique à de hautes doses, et cela dans l'intention de rendre soluble le plomb qui pourrait rester dans le tube digestif, et d'en faciliter ainsi l'évacuation par des selles provoquées ou par l'urine.

12° Contre le protochlorure d'étain; le lait étendu d'eau pris en très-grande quantité.

13° Contre l'azotate de bismuth; des boissons albumineuses.

14° Contre l'azotate d'argent; l'eau légèrement salée.

15° Contre les champignons; le vinaigre, le sel commun, l'ammoniaque.

16° Contre les cantharides; le camphre seul ou réuni à l'opium.

7956. Les règles médicopratiques auxquelles est en général subordonné l'emploi des agents neutralisants, sont les suivantes : 1° il faut toujours employer comme tels ceux qui, à action égale comme réactif, exposent le moins à produire par eux-mêmes des effets fâcheux sur les tissus vivants; 2° la dose des neutralisants sera, autant que possible, subordonnée aux proportions de la substance toxique ingérée ; 3° toutefois, quand la substance neutralisante est innocente, il vaut mieux en administrer des doses élevées

que de courir les risques de n'en point donner assez; 4° presque toujours on doit donner les neutralisants étendus d'une grande quantité d'eau, et cela dans l'intention de remplir l'indication dont nous allons actuellement parler.

Il faut étendre le poison d'une grande quantité d'eau.

7957. Dans la très-grande majorité des cas, le moyen principal auquel on est forcé d'avoir exclusivement recours dans les empoisonnements par les substances corrosives, c'est l'ingestion des liquides à des doses élevées. D'abord ils sont utiles, comme nous l'avons vu, en favorisant ou en déterminant l'évacuation immédiate des substances délétères. Ils le sont encore en étendant le poison d'une grande quantité de véhicule et en rendant ainsi son action moins énergique. Ils le sont enfin en faisant pénétrer dans la circulation une proportion d'eau considérable. Celle-ci évacuée par l'urine entraîne avec elle, partiellement ou en totalité, les poisons qui auraient pu être absorbés Non-seulement c'est par l'estomac que l'eau peut être utilement portée; mais elle l'est aussi avec avantage: 1° par le rectum, dans lequel on fait plusieurs injections dans un jour; 2° par la peau, au moyen de bains prolongés; 3° enfin par les voies respiratoires vers lesquelles on porte de la vapeur d'eau. Du reste, ces derniers moyens ne sont en rien dirigés contre la toxangibrômite elle-même, mais bien contre l'intoxication qui résulte de la pénétration dans le sang d'une partie des substances délétères ingérées dans le conduit alimentaire. Nous renvoyons, pour les détails sur cette médication, à d'autres parties de cet ouvrage. (Voyez, tome III, l'histoire des Toxémies.)

7958. Depuis plus de dix ans, j'ai tiré un grand parti contre plusieurs intoxications de l'introduction de liquides abondants dans la circulation, et cela, soit par l'estomac, soit par le rectum, soit par la peau ou par les voies de l'air; je l'ai surtout utilisée dans les empoisonnements produits: par le mercure (salivation et tremblement mercuriel); par le plomb et le cuivre (coliques de plomb et de cuivre) (1); dans les affections fébriles miasmatiques, etc. Ce fait et beaucoup d'autres ont été en rapport avec les belles expériences de M. Orfila sur l'utilité des boissons abondantes dans les empoisonnements; ils concourent à faire voir que, dans une multitude de cas, l'eau administrée à hautes

(1) Tout récemment même, l'usage de cette médication a amélioré, d'une manière très-marquée et très-prompte, l'état de malades atteints d'anervie saturnine.

doses peut avoir une très-grande utilité. La connaissance de cette vérité n'est point le résultat de la découverte d'un paysan allemand, mais bien celui de recherches cliniques et expérimentales suivies. Il y a, pour ma part, plus de quinze ans que très-souvent j'ai recours dans ma pratique à l'*hydrothérapie*.

7959. L'administration de l'eau à hautes doses n'exclut en rien l'emploi des neutralisants. On doit y ajouter ces moyens, toutes les fois qu'il est possible de le faire; seulement il ne faut pas attendre, pour combattre les accidents, que l'on puisse se procurer les substances dont il s'agit. En attendant qu'on les ait à sa disposition, on doit donner tout d'abord de grandes quantités de liquides aqueux et recourir à la médication évacuante dont il a été parlé (n° 7951). Tout aussitôt que l'on aura pu se procurer les neutralisants connus, on ne manquera pas de les administrer avec la boisson que l'on ingérera. A défaut d'eau, et si le hasard faisait qu'on n'en eût pas sous la main, on pourrait donner du lait, des bouillons, de l'huile, du vin et même des aliments. Une substance nutritive, de quelque nature qu'elle soit, sera avantageusement introduite dans l'angibrôme vide et contenant ce poison, parce qu'elle affaiblit ou amortit l'action de celui-ci, et parce qu'elle a peu d'inconvénients pour les parties avec lesquelles elle est en contact. C'est peut-être de cette façon et *non par une action stimulante*, que, dans des expériences faites par M. Rognetta sur le traitement de l'empoisonnement arsenical par des substances dites toniques, on a obtenu des résultats avantageux.

Il faut combattre les accidents qui résultent de l'absorption d'une partie des substances toxiques.

7960. C'est à l'étude des toxémies qu'il faut renvoyer pour traiter des moyens de remplir l'indication qui fait le titre de ce paragraphe. Du reste, les boissons à hautes doses, auxquelles on ajoute autant que possible des substances neutralisantes susceptibles d'être absorbées, sont encore les principaux moyens à employer dans la vue de remédier à la pénétration dans le sang de substances toxiques.

Il faut combattre les effets organiques produits par les poisons.

7961. A part les considérations précédentes, les toxangibrômites et les elcosies du tube digestif, dues à des causes vénéneuses, doivent être traitées entièrement comme s'il s'agissait de phlegmasies simples du tube digestif. Nous renvoyons pour les détails que comporte ce paragraphe, aux considérations précédentes

sur la curation des angibrômites (nº 7882), et aux articles qui vont suivre sur les elcosies et sur les nécrosies angibrômiques.

CHAPITRE XIV.

ANGIBRÔMITES TOXÉMIQUES (1)

(Inflammations du tube digestif, déterminées par l'action de poisons qui ont été mélangés avec le sang ou qui ont altéré ce liquide).

7962. Lorsque nous avons tracé le tableau des causes des angibrômites considérées en général, nous avons établi qu'un grand nombre d'entre elles pouvaient être produites par certaines altérations du sang en rapport avec l'action de poisons. A la suite de la respiration de gaz délétères, on voit souvent se prononcer des douleurs épigastriques, des nausées, des vomissements et les accidents de la gastrite aiguë : la thérapeutique a également appris que des frictions avec le tartre stibié, avec l'huile de croton tiglium, ou que l'application de préparations arsenicales sur la peau, donnent lieu à des symptômes de gastrentérite intense. On a encore rapporté : à la gastrite, les vomissements qui se déclarent si souvent au début de la petite vérole; à l'entérite, la diarrhée avec douleur qui se manifeste dans le cours de la rougeole. De tels accidents paraissent être les résultats d'altérations du sang en rapport avec des miasmes spéciaux qui ont agi sur ce liquide. On voit, dans la scarlatine, se déclarer une phlegmasie de la bouche et surtout des amygdales tellement constante dans ces affections, qu'on l'a considérée, avec raison, comme un symptôme presque inséparable de cette maladie. Ce que nous disons de ces cas particuliers pourrait être appliqué, sans doute, à d'autres angibrômites.

7963. Dans la crainte de répétitions, nous n'insisterons point sur l'histoire de ces diverses phlegmasies de cause toxémique. Nous nous bornerons à établir les propositions suivantes qui nous paraissent être l'expression de ce que la pratique enseigne. 1° Dans toute angibrômite toxémique, il existe deux états organopathologiques : l'un, la toxémie (altération du sang par un poison); l'autre, la phlegmasie du tube digestif; 2° chacun de ces états exige un traitement particulier très-analogue, d'ailleurs, à celui qui conviendrait si ces affections étaient simples; seulement il faut combiner ces deux trai-

(1) Par abréviation de toxicohémiques.

tements, puisque ces deux états organopathologiques coexistent. 3° On insistera davantage sur la curation de celui de ces états organiques qui sera proportionnément plus développé que l'autre. 4° En général, il ne faut pas espérer guérir aussi promptement, par des moyens locaux, les angibrômites de causes toxémiques que les phlegmasies simples du tube alimentaire, parce qu'elles sont entretenues par l'altération des liquides qui leur a donné naissance. 5° Toutes ces raisons font qu'il est moins souvent utile d'insister sur une médication locale très-active dans les toxangibrômites que dans les phlogoses simples du conduit alimentaire. 6° Les mêmes raisons encore portent à être plus réservé relativement à l'emploi des évacuations sanguines, alors que le mal est compliqué d'un état toxique du sang, que dans les cas où il n'en est pas ainsi. 7° Dans les toxangibrômites, il faut surtout ne jamais oublier de combattre l'état pathologique où se trouve la circulation, et insister beaucoup sur l'administration de l'eau à hautes doses.

CHAPITRE XV.

ANGIBRÔMITE { iléite / colorectite } SEPTICÉMIQUE (1).

Inflammation { de l'angibrôme en général / de l'iléon / des gros intestins } résultant de l'altération du sang par les matières putrides.

États du tube digestif existant dans les maladies dites : fièvre entéro-mésentérique, dothinentérie, iléodiclydite ou fièvre typhoïde, dysenterie des armées, des prisons, etc.

Nomenclature. Notions historiques.

2964. Depuis bien des siècles les médecins ont observé deux séries ou deux ensembles de phénomènes symptomatiques qui souvent se développent dans un ordre assez régulier, et dans lesquels aussi de graves angibrômies se dessinent d'une manière presque constante : je veux parler : 1° de la fièvre, de la synoque putride, de la fièvre typhoïde des anciens (dernière dénomination à laquelle, il y a vingt ans, on a ajouté un *ï* pour en faire le mot typhoïde ; de la fièvre bien plus exactement nommée par MM. Petit et Serres entéro-mésentérique, de l'iléodiclydite (ainsi que l'a appelée notre excellent ami M. le docteur Bally).; 2° de la dysenterie épidémique des armées, des prisons, qui non-seulement consiste dans des symptômes

(1) Par abréviation de septicohémique.

locaux du côté du tube digestif, mais encore dans un état général grave.

7965. Or, nous n'établirons pas ici l'histoire entière de ces affections; car ce serait là manquer à notre méthode générale. Ce serait procéder à la façon de ceux qui étudient la maladie comme un être particulier, comme une chose simple, ayant des symptômes fixes à marche spéciale, variant seulement sous le rapport des formes et susceptible enfin de se prêter à des tableaux statistiques. Nous ne parlerons dans cet article que des états organopathologiques propres au tube digestif, et qui se manifestent dans les ensembles de phénomènes complexes dits fièvre typhoïde, ou dysenterie. Nous le ferons sous le rapport de la pathologie et de la thérapeutique, et nous renverrons soit à l'étude de la septicémie (tome III), soit à celle des autres états organopathologiques pour tout ce qui tient à l'histoire de l'altération générale du sang et pour les complications qui existent dans ces affections à éléments multiples.

7966. Les altérations organiques spéciales du tube digestif qui se manifestent dans les fièvres graves, ont été décrites avec soin par Stork et surtout par Rœderer et Wagler. Cependant il faut le dire, les figures qu'ils en ont données sont bien loin de l'exactitude de celles qu'ont publiées MM. Petit et Serres, et malgré l'imperfection où en était la gravure appliquée aux sciences à l'époque où écrivaient ces médecins, on peut dire qu'il est difficile de mieux représenter qu'ils ne l'ont fait les lésions dont il s'agit. Le siége du mal et ses degrés, les principaux aspects qu'il présente, la disposition en quelque sorte ovalaire, d'abord de la phlegmasie, puis des ulcérations, sont nettement tracés, et l'on peut ajouter que la pathologie contenue dans le texte est aussi bien exposée que l'image de la lésion dont elle traite est fidèle. On ne dit pas assez tout ce qu'on doit à MM. Petit et Serres sous ce rapport; on les a copiés; on les a paraphrasés; on a fait des additions, parfois utiles, d'autres fois sans importance pratique, à leur excellent livre; on a répété jusqu'à satiété la publication d'observations prolixes; on a empiriquement additionné, etc.; mais, en définitive, on n'a guère vu plus et mieux vu qu'ils ne l'ont fait; seulement on a reproduit leurs travaux, sans leur rapporter tout ce qu'on en avait copié.

7967. M. Bretonneau, cependant, continua avec un grand succès l'étude à laquelle s'étaient livrés MM. Petit et Serres. Rappelant la disposition des plaques agminées de Peyer, et des follicules de Brunner,

il fit voir que la lésion organique dont il s'agit occupe principalement les plaques de l'iléon. Il démontra que les parties les plus malades correspondaient au point où les matières stagnent et s'accumulent, et il s'éleva aux plus hautes considérations sur les caractères phénoménaux et étiologiques des lésions dont nous nous occupons. Ses travaux eurent surtout le mérite de faire sortir du cercle d'idées trop exclusives où avaient conduit les doctrines de Broussais sur la gastrite et sur l'entérite (1). Je ne citerai pas, dans la crainte d'être trop long, les nombreuses recherches des médecins qui ont écrit depuis les publications qui viennent d'être citées. MM. Andral, Bouillaud, Cruveilhier, Chomel, Louis et un grand nombre d'auteurs moins connus ont étudié avec soin les lésions angibrômiques que l'on observe dans les fièvres graves. Il n'est guère d'interne dans les hôpitaux qui n'ait publié quelques observations sur ce sujet. Je me suis moi-même beaucoup occupé des questions qui s'y rapportent (2).

7968. Récemment notre excellent collègue et ami M. le professeur Forget de Strasbourg a agité de nouveau toutes les grandes questions relatives aux altérations organiques des plaques de Peyer, et bien que ses opinions ne soient pas toujours les nôtres, nous ne pouvons que recommander la lecture de cet excellent ouvrage (3).

7969. MM. Guillot et Casimir Broussais ont, dans ces derniers temps, ébranlé la croyance générale où l'on est que les plaques de l'iléon sont une réunion de follicules muqueux : suivant eux, elles sont composées de villosités agglomérées. Les recherches auxquelles ces médecins laborieux se sont livrés à ce sujet présentent, sous le rapport de la pathogénie de l'entérite septicémique, le plus grand intérêt. Les résultats de MM. N. Guillot et C. Broussais prennent encore plus de valeur quand on les compare à ceux qu'a obtenus M. Flourens, dans ses savantes observations sur la disposition ana-

(1) Cependant Broussais en rapportant à la gastroentérite les fièvres bilieuses, muqueuses, etc., ne s'était pas beaucoup plus éloigné de la vérité que ceux qui l'ont suivi et qui ont attribué à la maladie des glandes de Peyer le rôle principal dans ces fièvres.

(2) Clinique médicale de la Pitié. — Recherches sur les causes de l'entérite septicémique.—Article Entérite typhohémique dans le Traité des altérations du sang.

(3) Nous en dirons autant de la pathologie de M. Putégnat, de Luneville, où l'on trouve des recherches consciencieuses sur les maladies des voies respiratoires, recherches que nous n'avions pas assez lues, lors de la publication de notre précédent volume.

omique des membranes muqueuses. Ce physiologiste habile est porté ui-même à penser que les plaques agminées de Peyer ne sont pas es glandes réunies, mais bien des villosités intestinales. (Communication verbale.) Cependant on n'a pas toujours admis, en llemagne, en Angleterre et aux États-Unis ce qui avait été écrit n France sur les lésions angibrômiques dans les fièvres graves (1). ous n'insisterons pas davantage sur l'historique de ces affections; ar l'article septicémie contient des notions bibliographiques qui omplètent ce que nous disons ici.

1970. Les lésions anatomiques observées dans la dysenterie ou olorectite épidémique ont été étudiées depuis Pringle par une foule 'auteurs dont nous ne ferons pas ici l'énumération et dont quelues-uns seront naturellement cités dans la suite de ce travail. Réemment les médecins de l'armée d'Afrique ont publié des travaux ntéressants sur ce sujet. On trouvera dans le Compendium et dans ne très-remarquable thèse de M. le docteur Rémy, d'Auxerre, des echerches savantes et étendues sur la dysenterie.

1971. Terminons cette esquisse historique en disant : L'état férile et les lésions anatomiques de la fièvre typhoïde ou de la dysenterie, considérés par tous ceux qui nous ont précédé comme étant ans une dépendance mutuelle, et surtout comme devant être confons dans une même étude pathologique et pratique, sont, en réalité, eux choses : d'une part, les phénomènes généraux que nous attribuons la septicémie, et de l'autre les lésions angibrômiques. La relation ntre ces deux ordres de faits est, il faut l'avouer, constante ; mais hacun d'eux a une marche propre, et présente des indications. ussi, nous les considérerons d'une manière isolée, tout en indiuant leurs rapports pathologiques.

Nécrorganographie.

1972. La portion de l'intestin grêle qui s'étend dans le dernier uart de l'iléon, est le siége principal de la lésion angibrômique en pport avec la septicémie. On rencontre quelquefois, mais plus rament, des altérations du même genre, dans la partie des gros instins voisine de la valvule iléocœcale; ce sont principalement les aques agminées de Peyer qui en sont affectées : cependant les fol-

(1) Dans plusieurs épidémies observées en Amérique et en Angleterre, on n'a pas ouvé que les accidents *septicémiques* ou *typhoïdiques* fussent constamment accomgnés de l'existence d'ulcérations intestinales semblables à celles que nous allons crire.

licules isolés ou de Brunner présentent assez souvent des lésions de la même nature. Ces glandules sont particulièrement malades dans les portions de l'angibrôme autres que l'intestin grêle. Comme les plaques de Peyer sont situées à quelques pouces de distance les unes des autres, et cela sur les points de la surface interne de l'iléon, situés à l'opposite du lieu correspondant au mésentère, c'est aussi là que le mal a le plus ordinairement son siége. Très-souvent, pour un observateur superficiel et qui ne porterait pas son attention sur les plaques de Peyer, toute l'étendue de l'angibrôme paraîtrait exempte de lésion. Il faut tenir un compte très-grand de ce fait, et c'est faute de l'avoir connu qu'on a été si longtemps à ne pas découvrir l'altération si fréquente que le tube digestif éprouve dans les fièvres graves. A la même cause et au défaut de soin dans l'investigation anatomique, on doit peut-être aussi rapporter les résultats de quelques médecins modernes qui n'ont point rencontré la lésion dont nous parlons, et cela bien que l'ensemble des symptômes observés dût faire admettre leur existence.

7973. On trouve dans l'iléite septicémique toutes les altérations organiques qui ont été comprises par les auteurs sous le nom d'inflammation, et ces lésions présentent le plus souvent, dans les plaques agminées de Peyer, la forme allongée et irrégulièrement ovalaire propre à celles-ci.

Rougeurs.

7974. On y voit d'abord des rougeurs ; elles y existent dans les premiers jours du mal, ainsi que j'ai pu m'en assurer (après beaucoup d'autres) sur des sujets atteints d'autres maladies mortelles, et qui ont succombé à l'état initial des accidents gastro-entériques observés dans les fièvres graves ; ces rougeurs durent pendant un temps plus ou moins long, et quand les autres lésions qui les suivent se sont déclarées, elles se manifestent encore à l'entour, et cela dans une étendue très-variable. Elles cessent d'être apparentes seulement alors que le mal est entièrement guéri. Ces colorations consistent souvent dans une teinte uniforme, dans un pointillé dont l'aspect est parfois étoilé, ou dans des vascularités nombreuses qui entourent souvent au loin les plaques malades. Ailleurs, toute la surface intestinale est très-rouge, ce qui a principalement lieu vers les parties déclives où les matières fécales s'accumulent, et aussi vers les points les plus rapprochés de la valvule iléocœcale. La teinte des rougeurs, dans l'entérite septicémique, varie du rose pâle au rouge, au violet, au

…irâtre, et cela *en raison de l'état du sang*, *en raison des proportions* … *ce liquide*, en raison encore d'une foule d'autres circonstances qu'il …rait trop long d'indiquer ici.

Tuméfaction.

7975. Il arrive sur quelques cadavres, et particulièrement sur …s sujets chez lesquels le mal a été porté, sous le rapport de l'entérite, …un faible degré, que les plaques de Peyer sont peu rouges ou même …sez pâles. Ce caractère n'est pas une preuve que l'inflammation …ait pas été intense pendant la vie; les rougeurs phlegmasiques pâ…ssent souvent en effet d'une manière très-marquée au moment de la …ort par anémie, assez fréquente d'ailleurs dans l'iléite septicémique. … une période avancée de cette maladie, les colorations des tissus …alades prennent une teinte violacée.

7976. Les plaques de Peyer présentent dans les premiers temps …ne tuméfaction souvent remarquable, et qui contraste singulière…ent avec l'apparence de dépression qu'elles affectent fréquemment … santé : il est des cas où la saillie qui en résulte est très-apparente …constitue le principal indice cadavérique de l'existence du mal. Ce …nt là, du reste, des cas fort légers ou qui correspondent à l'état …tial de la lésion.

Dépôt d'une lymphe plastique.

7977. D'après des recherches récentes, dans l'épaisseur même …s plaques de Peyer, et au-dessous de la membrane muqueuse in…stinale, il se forme, dit-on, des pseudoméninges, et cela dès le …mmencement de l'iléite septicémique. Je me borne à mentionner … ce fait dont je n'ai pas du reste vérifié l'exactitude.

Elcosies, trypies ou perforations.

7978. A une époque plus avancée du mal, on voit, sur la surface … plaques de Peyer ou sur les follicules de Brunner (ce qui est plus …e), se manifester des ulcérations dont le nombre, l'étendue, la …ofondeur, varient plus que le siége. En général, leur fond est ex…vé et grisâtre; leurs bords sont tuméfiés, souvent coupés à pic et …ne manière irrégulière. Ces caractères sont d'autant plus pronon… que l'affection est plus ancienne et plus grave. Il en est de fort …ites, et d'autres dont la dimension dépasse trois ou quatre centi…tres. Plusieurs se déclarent souvent sur une même plaque, et se …fondent sur quelques points de leur circonférence; elles forment …si un vaste ulcère à bords très-inégalement frangés. Le nombre … ces ulcères dans un intestin est souvent de dix, de quinze, vingt,

et même davantage. Parfois la valvule iléocœcale en est en quelque sorte criblée. Les ulcérations des follicules de Brunner ne diffèrent guère des précédentes que par leur siége. En général, plus on se rapproche du cœcum, et plus les ulcérations sont nombreuses, étendues et graves.

7979. Quand le mal a peu duré ou a été très-léger, la surface seule de la membrane muqueuse est ulcérée, et l'on distingue au fond de la solution de continuité les fibres de la membrane musculaire. Plus tard, et quand la lésion a eu plus d'intensité, la tunique péritonéale, reconnaissable à sa mincité et à son aspect uni, occupe seule le fond de l'ulcère. Enfin, à un degré extrême, cette membrane elle-même est perforée comme par un emporte-pièce, et cela tantôt dans une étendue qui dépasse à peine celle d'un millimètre, et tantôt dans une surface de beaucoup plus considérable. Alors existent dans les portions de péritoine circonvoisines ou même dans toute la périphérie de cette méninge, les phénomènes organiques dits de phlegmasie, et dont il sera parlé à l'occasion des péritonies.

Malaxies, hémorrhagies.

7980. Peut-être avant l'ulcération, certainement aux alentours, et souvent dans le fond de celle-ci, les tissus perdent de leur consistance, ou même se ramollissent complétement.

7981. Il se forme parfois, mais rarement, dans les tissus affectés des épanchements sanguins circonscrits et de peu d'étendue. On voit plus fréquemment des couches de sang coagulé à la surface des ulcérations, ou encore des matières mélangées de sang altéré dans les portions d'intestin voisines des parties malades.

Nécrosies.

7982. Dans les cas graves, lorsque surtout l'état septicémique coïncident est porté loin, et que la phlegmasie locale est très-intense, il se déclare des nécrosies plus ou moins étendues ou profondes occupant tantôt exclusivement la membrane muqueuse, et tantôt aussi les parties sous-jacentes. Au moment de la nécroscopie, elles sont d'ordinaire bien circonscrites, et une ligne de démarcation les distingue nettement des parties qui étaient restées vivantes jusqu'au moment de la mort générale; souvent elles sont complétement séparées, et restent adhérentes seulement sur quelques points de leur étendue. Du reste, ces tissus nécrosiés sont souvent noirâtres, épais, verdâtres, presque toujours très-fétides, et sont constitués par les débris frappés de mort des tissus affectés par l'iléite. On a compa-

escarrhes au bourbillon du furoncle. Il y a cependant entre ces ıx ordres de lésions de notables différences : toutes les plaques ıs la septicémie entérique ne présentent point de nécrosies, tandis la mortification partielle est constante pour le clou. Dans cette ıopathie, les tissus placés au-dessous de la peau se gangrènent bord ; dans l'iléite septicémique, au contraire, c'est par la surface la nécrosie commence, et c'est de là qu'elle semble se propager.

Taches grises, cicatrices.

983. Lorsque les angibrômies dont nous parlons ont parcouru ·s périodes, et qu'elles sont ou en voie de guérison ou guéries, ·s se voient sur les points qu'elles occupaient des taches grises oisées, souvent piquetées de points noirs, avec ou sans épaississ-ıent des tissus; parfois il y a coexistence d'un amincissement, et ıut, dans bien des cas, beaucoup d'attention pour les apercevoir.

ıion, combinaison des caractères anatomiques précédents; rapport entre ces lésions et l'ancienneté du mal.

984. Les rougeurs, les tuméfactions, les ulcérations, les nécrosies ıtent parfois concurremment vers des points divers de l'angibrôme. parties où le mal existe semblent en général avoir été atteintes à peu ; à la même époque; mais la phlegmasie n'a pas toujours parcouru ·s chacune d'elles ses périodes de la même façon et dans le même ps. Quelques plaques sont arrivées à un état d'ulcération pro-ıle, tandis que les autres sont restées tuméfiées et rouges. On a lié, il y a une vingtaine d'années, une note d'après laquelle les ıns dont il s'agit, et que l'on comparait à celles de la petite-vérole, ent une marche fixe et tellement exacte, qu'à tel jour de l'affec-générale se manifestait tel ou tel état des follicules intestinaux. épidémies observées depuis n'ont pas permis de constater ce fait, ıi vu des altérations fort diverses de l'iléon à des époques sem-les du développement de l'entérite septicémique. D'un autre , ayant observé à la fois sur le même sujet des rougeurs, des rations et des plaques nécrosiées, j'en ai conclu qu'elles ne pou-ıt guère avoir toutes un développement semblable à une même ıue de la maladie.

985. Il n'y a pas un rapport constant entre l'intensité des symptô-septicémiques observés et celle des lésions trouvées après la mort; dans l'immense majorité des cas, il existe au moins une relation évidente entre la gravité des phénomènes pathologiques aux-s l'intestin a donné lieu, et l'étendue ou l'intensité des lésions rentériques. On voit, par exemple, des cas où l'état septicé-

mique est à son maximum, tandis que l'intestin est médiocrement malade, *et vice versâ*, tandis que, dans les fièvres graves, il est rare que les selles soient très-abondantes et très-liquides, sans qu'à la mort on observe des altérations graves et nombreuses dans les plaques de Peyer.

État des ganglions mésentériques et des vaisseaux.

7986. Presque constamment, dans l'entérite septicémique, les ganglions lymphatiques du mésentère dont les vaisseaux afférents prennent leur point de départ dans les parties de l'intestin malade (et surtout ulcéré), présentent des lésions dont l'intensité et la gravité correspondent en général à celles de l'affection entérique. On y voit des rougeurs, des tuméfactions, des indurations, des ramollissements, des suppurations qui tantôt envahissent toute une glande lymphatique ou chylifère, et d'autres fois semblent bornés à quelques points de son étendue. Souvent un grand nombre, et parfois quelques-uns seulement de ces ganglions sont affectés. Quelquefois l'entérite est en voie de guérison, et les abcès des glandes mésentérique persistent encore.

7987. Les phénomènes pathologiques dont il s'agit ne diffèren en rien, du reste, de ceux qui sont observés à la suite de toute autr ulcération des membranes muqueuses ou de la peau; ils consisten dans une phlegmasie des vaisseaux et des ganglions lymphatiques qui est en rapport avec les tissus malades, ulcérés, ou avec des vais seaux dilacérés (n°s 3701, 7791).

7988. La dissection des veines et des vaisseaux lymphatiques en tourant les parties malades prouve qu'ils sont fréquemment attein de phlegmasies, de coagulations. De là cette opinion que l'entéri septicémique consisterait surtout dans une phlébite (Ribes) ou dar une angioleucite. Quand ces angiopathies existent, elles nous parais sent être en rapport avec la pénétration dans les veines et dans l lymphatiques des produits altérés par la surface entérique ulcéré

Liquides, gaz contenus dans l'intestin.

7989. Si l'on examine en effet les liquides contenus dans les in testins malades, on voit qu'ils sont presque toujours très-fétide Indépendamment des débris d'aliments et de chyme qu'ils contien nent, ils sont encore constitués par des mucosités altérées, par une bi souvent jaunâtre et un peu verdâtre, le tout mélangé, à une époq avancée du mal, avec des traînées de pus, de sang, etc. Ces liquid qui souvent sont visqueux et assez adhérents à la membrane m queuse pour qu'ils ne s'en détachent qu'à l'aide de lotions à gran eau, sont parfois en petite quantité, mais ailleurs en de telles propo

ons qu'ils distendent non-seulement l'iléon, mais encore le gros ntestin. Du reste, on les voit presque toujours réunis à une quantité considérable de gaz infects, et qui contiennent certainement de l'ammoniaque et de l'acide sulfhydrique. Ces liquides intestinaux dont il vient d'être fait mention paraissent être très-irritants, très-propres à déterminer, par leur contact avec les parties dénudées, les phlegmasies septiques. Il est très-dangereux, en effet, de se piquer avec un scalpel qui en serait imprégné, et l'on voit souvent les dermelcosies nécrogéniques de la région sacrée être les conséquences de leur présence habituelle sur cette partie (1).

(1) Parmi les faits nombreux de ce genre que j'ai observés, il n'en est pas à coup sûr de plus grave que le suivant : dans les premiers jours de juin 1844, une femme de vingt ans était dans mes salles pour une entérite septicémique des plus intenses. Vers la fin de la maladie, les selles avaient été d'une extrême fétidité. La malheureuse fille porta sans doute ses doigts imprégnés de matières putrides qui sortent de l'anus sur les parties génitales peut-être ulcérées. On s'aperçut que *les grandes et que les petites lèvres, le clitoris, la partie antérieure du canal de l'urètre, toute la partie inférieure du vagin, étaient frappés de nécrosie.* La crainte d'intéresser les cloisons recto-vaginale et vagino-vésicale m'empêcha de cautériser avec le fer rouge les parties frappées de mortification. Je fis enlever par des lavages à grande eau et répétés, les liquides infects qui s'écoulaient. *On tanna* les escarrhes *avec la poudre de quinquina; on les momifia avec l'alcool et l'eau créosotée*; en même temps *on remédia à l'anémie extrême et à la septicémie par un vin généreux et par une nourriture succulente.* Le pouls battant *cent soixante fois* par minute, il était on ne peut pas plus dépressible. Le faciès était celui d'un cadavre.

En huit jours, sous l'influence de ce traitement, le pouls reprit de la force et devint infiniment moins fréquent, les capillaires et la peau se colorèrent, l'appétit devint vif, le faciès excellent, les forces se rétablirent, les escarrhes tombèrent, et les laissèrent à découvert une énorme surface suppurante qui comprenait même une partie du haut des cuisses et du mont de Vénus. On continua les lavages fréquents, l'application de poudres absorbantes, et aujourd'hui, 14 juin, la malade chez laquelle il n'y a pas eu de symptômes nouveaux en rapport avec la résorption des matières putrides, n'a plus qu'une énorme plaie simple. Celle-ci guérira très-probablement avec moins de déformation qu'on ne serait porté à le croire. Je prendrai toutes les précautions possibles pour que la cicatrice n'entraîne pas ultérieurement une oblitération ou, du moins, un rétrécissement considérable du vagin. A cet effet, des mèches, de l'éponge préparée, seront introduites dans cet organe, et nous surveillerons aussi l'état du canal de l'urèthre. (Vers la fin de juillet la cicatrisation était presque complétement opérée, et la déformation était peu marquée.) Je renvoie à l'article septicémie, soit pour l'exposé des motifs qui m'ont dirigé dans ce traitement, soit pour les réflexions auxquelles conduit ce fait intéressant. (Voyez aussi l'histoire de la dermonécrosie sacrée et le mémoire composé sur ce dernier sujet contenu dans le journal l'*Esculape*.)

Autres lésions de l'angibrôme. — États organopathologiques concomitants.

7990. A ces lésions observables dans l'entérite septicémique, il faut ajouter celles que l'estomac et le gros intestin peuvent présenter. Celles-ci ne diffèrent guère des altérations propres aux phlegmasies simples, et consistent aussi dans des rougeurs, des ramollissements, des ulcérations, etc. Quelquefois encore le colon, et même le rectum, offrent des escarrhes qui pourraient bien être les résultats du contact des matières provenant de l'iléon avec la membrane muqueuse qui les tapisse.

7991. Un très-grand nombre d'autres états pathologiques coïncident le plus ordinairement avec les lésions angibrômiques qui viennent d'être décrites. On les trouvera étudiées dans les parties de cet ouvrage qui leur correspondent (voyez les articles Scorentérectasie, Aérentérectasie, Septicémie, Pneumonémie, Encéphalopathie, Hypersplénohémie, etc.). C'est à l'histoire de la septicémie que nous renvoyons pour l'étude générale *de l'ensemble* de ces phénomènes organiques.

Lésions anatomiques dans la colorectite septicémique ou dysenterie.

7992. La dysenterie ou colorectite septicémique présente des caractères organographiques qui la rapprochent infiniment, d'une part, de ceux qui appartiennent à l'iléite qui vient d'être étudiée, et de l'autre des lésions qui, propres à la colorectite simple, ont été indiquées dans les paragraphes précédents (nos 7794, 7798); seulement, dans la colo-septicémique, les désordres sont plus graves que dans la phlogose ordinaire des gros intestins. Souvent existent ici des ulcérations, et cela dans une plus large étendue, et avec des aspects qui les rapprochent beaucoup des altérations anatomiques propres à l'iléite septicémique. L'intensité et la gravité du mal, la présence fréquente de rougeurs très-marquées, de ramollissements, d'ulcérations, d'hémorrhagies, d'infiltrations sanguines et de plaques nécrosiées, sont les caractères anatomiques les plus ordinaires de la colorectite septicémique, et ces caractères présentent très-souvent, au voisinage de l'anus, un degré d'intensité très-marqué.

7993. L'hépatite et les abcès du foie se rencontrent fréquemment, du moins en Afrique, dans la colorectite épidémique, et surtout à la suite de cette affection. Quand on se rappelle quels sont les points de départ de la veine-porte, et quels sont les rameaux nombreux de ce vaisseau qui naissent des gros intestins; quand on considère qu'elle se distribue ensuite dans le foie à la manière des artères

quand on se représente dans la dysenterie les ulcérations des colons et du rectum en contact avec des liquides purulents altérés, on se demande si l'hépatite et l'hépatitopyite qui ont lieu dans cette affection ne seraient pas les conséquences de la résorption du pus dans le colon ou le rectum? On se demande encore si elles ne dépendraient pas d'une phlébite de la veine-porte et d'abcès consécutifs? Telle est l'opinion de chirurgiens militaires distingués, parmi lesquels je dois citer M. Marchal de Calvi, et que j'ai la plus grande tendance à partager.

7996. Dans la colorectite épidémique, l'hypersplénotrophie est aussi très-fréquente : tout porte à croire qu'il s'agit ici d'une simple coïncidence et de l'influence simultanée de deux causes : l'une, l'agent toxique propre à la maladie de l'intestin ; l'autre, le miasme des marais : c'est au moins ce qui a lieu dans les complications d'hypersplénotrophie et d'iléite septicémique. L'analogie et la plupart des faits connus conduisent à adopter la même explication pour la colorectite épidémique. Du reste, nous étudierons bientôt avec tout le soin convenable l'histoire des hépathies et des splénies, et nous reviendrons plus d'une fois sur cette importante question.

Biorganographie.

7997. Dans les entérites septicémiques, on observe les mêmes caractères physiques que dans les phlegmasies simples de l'intestin (n° 7799 et suiv.); l'inspection fait apprécier la distension du ventre résultant de l'accumulation des matières, des liquides ou des gaz. La palpation permet de *trouver du gargouillement dans les régions iliaques droite et gauche.* La plessimétrie surtout donne les moyens de constater, dans l'iléon ou les colons, la matité et le bruit hydraérique en rapport avec la présence simultanée des liquides et des gaz, et cela dans une étendue variable (1); enfin l'inspection des matières les fait trouver molles ou aqueuses, bilieuses, jaunâtres, verdâtres, fétides, contenant ou non des globules muqueux, sanguins ou purulents, le tout mélangé de détritus d'aliments, etc.

7998. Ces caractères, isolés ou réunis, ne prouvent en rien qu'il s'agisse plutôt d'une entérite septicémique que d'une phlegmasie

(1) L'importance de la matité et du bruit hydraérique des régions cœcale et iliaque, pour établir le diagnostic de l'existence d'une entérite septicémique, est très-grande. Souvent il m'a suffi de constater l'un ou l'autre de ces signes chez des gens atteints, depuis quelques jours, d'une fièvre aiguë, pour me mettre sur la voie du caractère de la maladie.

simple de l'intestin. Cependant à l'état aigu, la persistance, pendant plusieurs jours, et cela sur de jeunes sujets, des phénomènes indiqués précédemment, porte déjà à penser que le mal pourrait revêtir le caractère spécial dont il est ici question.

Symptomatologie, étiologie, diagnostic.

7999. Mais c'est la marche de l'affection, ce sont les causes qui lui donnent naissance, c'est l'ensemble des accidents et la coïncidence de la septicémie, qui décident ici du diagnostic. Nous devons renvoyer, pour les détails que ce sujet comporte, à l'histoire des Anomémies (t. III) : là sont décrits les phénomènes propres à l'altération du sang, qui donne, suivant nous, à l'entérite dont nous traitons, la gravité et la durée qui la distinguent. Là se trouvent aussi agitées la plupart des questions qui se rapportent à la coïncidence existant entre l'état général de l'économie et l'état local de l'angibrôme. Nous n'établirons ici que les considérations indispensables pour asseoir pratiquement le diagnostic de l'entérite et de la colorectite septicémiques (fièvre typhoïde, dysenterie épidémique).

Symptômes de septicémie qui précèdent ou accompagnent l'entérite.

8000. Quand un adulte (quoique des vieillards et des enfants puissent aussi être affectés de la même façon) ayant habité soit des lieux où beaucoup d'hommes se sont trouvés réunis, soit des espaces trop étroits pour la respiration d'un seul homme, ou encore des localités dans lesquelles les exhalaisons qui s'élèvent de son corps ne sont pas enlevées par des courants d'air (1); quand cet individu, dis-je, n'a jamais eu de maladie aiguë de l'intestin avec état fébrile et qui ait présenté de la durée; quand il est venu habiter depuis peu de temps dans une grande ville, ou encore dans un lieu où règnent des affections septicémiques; quand un tel homme est pris d'accidents gastrentériques, et surtout d'entérorrhée qui résiste pendant plusieurs jours à des moyens diététiques et médicaux (moyens qui réussissent d'ordinaire si bien dans les cas simples), on a déjà de fortes raisons de penser qu'il s'agit d'une entérite septicémique.

8001. Cette probabilité acquerra plus de certitude, 1° si le malade n'est point phymique, ou si son organisation ne porte point à faire croire qu'il le soit; 2° si le mal a débuté vivement par les symptômes ordinaires de la septicémie (tome III), tels qu'un frisson

(1) Voyez, dans ma Clinique de la Pitié, un mémoire sur les causes de l'entérite septicémique et du choléra. Voyez aussi mon travail sur les habitations privées (chez J. B. Baillère, rue de l'Ecole-de-Médecine, 33).

suivi d'un état fébrile, souvent accompagné de panhyperhémie (pléthore sanguine), de saignements de nez plus ou moins répétés, etc.; 3° si l'on observe principalement à la région sacrée de petites éruptions rouges, saillantes, qui deviennent plus tard pustuleuses (et que le premier j'ai signalées), ou encore des pétéchies, des sudamina, des ecchymoses, des apparences de légères taches d'encre à la peau; 4° s'il s'est déclaré de la céphalalgie ou un état particulier de l'intelligence constitué par un faible délire (les malades, dans ces cas, répondent d'une manière lente, embarrassée, mais juste, aux questions qu'on leur fait, tandis que spontanément ils déraisonnent, paraissent rêver tout haut ou être dans une somnolence continuelle).

8002. Si pendant la durée de ces symptômes (qui caractérisent les premiers temps de la septicémie), si, peu de temps *avant* ou *après* l'apparition de ces mêmes accidents, surviennent les phénomènes suivants, il est à peu près certain qu'ils sont de nature septicémique, et cette certitude augmente encore quand on ne trouve point dans les organes thoraciques de lésions en rapport avec la gravité des symptômes observés.

Symptômes propres à l'entérite.

8003. Très-légères douleurs dans la partie du ventre qui, correspondant à l'iléon, se trouve placée bien au-dessous de l'ombilic, et plus en dedans du lieu où la plessimétrie fait reconnaître le cœcum. La pression éveille principalement cette souffrance qui est presque toujours obscure, et parfois tout à fait nulle. D'un autre côté, l'abdomen peut être *sensible* sur ce point, sans que l'intestin soit affecté d'une manière grave. Ordinairement cette douleur se dissipe bientôt, quoique l'entérite poursuive sa marche ordinaire. Dès le début, il y a souvent de l'inappétence, de la soif, quelquefois des nausées. De vomissements bilieux ou muqueux ont lieu fréquemment; mais ce sont surtout des selles molles ou liquides constituées par des matières muqueuses ou bilieuses, jaunes ou vertes, mélangées de fèces, et ordinairement très-fétides, qui, rendues dans des quantités variables, sont un des caractères les plus tranchés du mal que nous décrivons. Il arrive que, dans les premiers temps, elles sont peu abondantes, et même qu'elles n'ont pas lieu; mais, le plus souvent, il en arrive autrement; et même, dans les cas où l'entérorrhée était d'abord peu considérable, elle le devient parfois extrêmement à une époque plus avancée de l'entérite septicémique. On voit alors des

malades avoir dans une journée de quinze à trente selles. Parfois cependant, et bien que le mal ait de la gravité, à peine existe-t-il quelques évacuations pendant toute sa durée, et ce n'est qu'aux approches d'une terminaison fatale que des selles aqueuses, muqueuses ou bilieuses ont lieu en abondance (1).

8004. Dans la très-grande majorité des cas, les évacuations alvines sont si abondantes qu'elles font perdre au malade une énorme quantité de liquides, aussi devient-il bientôt plus ou moins anémique. Le pouls faiblit, se déprime, s'accélère; les veines se vident, les capillaires pâlissent; le cœur bat avec moins d'énergie; la peau est sèche et souvent brûlante; la langue, fréquemment aride, se recouvre d'enduits grisâtres, noirâtres et fétides. Une infinité d'autres états organopathologiques, enfin, se dessinent dans une succession et dans des degrés très-variables.

8005. Et d'abord, ce sont surtout d'autres accidents gastrentériques qui viennent s'unir aux précédents et donner lieu à des symptômes particuliers, tels sont, par exemple, l'accumulation des matières fécales (scorentérectasie) et des gaz (aérentérectasie); ce sont des ramollissements de l'estomac et de l'intestin (gastrentéromalaxie), des perforations du péritoine (péritonitrypie), des ulcérations du colon et du rectum (colo et rectelcosie), des hémorrhagies intestinales (entérorrhagies), etc.

8006. On voit ensuite survenir : 1° du côté *des poumons*, des congestions et des phlegmasies (pneumonémie et pneumonite hy-

(1) Dans certains cas, le diagnostic de la lésion septicémique des plaques de Peyer est extrêmement obscur. Tel fut le suivant. Un commis marchand de trente ans, se portant bien la veille, n'ayant eu ni épistaxis ni diarrhée, éprouve, dans le jardin du Luxembourg, un évanouissement subit. Il est alors atteint de surdité, et répond assez mal aux questions qui lui sont faites. Il entre à la Pitié, y reste quinze jours, pendant lesquels il ne présente aucun symptôme du côté du tube digestif. La surdité persiste, et est accompagnée d'un état de stupeur assez remarquable. La plessimétrie fait alors trouver de la matité dans une grande étendue des colons. On donne alors de l'eau de Sedlitz. A la suite de cette médication, une entérorrhée médiocre survient. Jusqu'alors le pouls était resté plutôt lent qu'accéléré, et il n'y avait pas eu de chaleur à la peau. Trois jours après l'emploi du purgatif, l'état cérébral est encore plus marqué, du râle survient, le malade meurt. *On ne trouve dans le cerveau aucune lésion appréciable, et l'iléon présente quinze ulcérations énormes des plaques de Peyer.*

postatiques et septicémiques), l'accumulation de mucosités et d'écume dans les bronches (angiairhydrie, angiairaphrosie); 2° du côté *de la rate*, une hyperhémie ou une hypertrophie considérables; 3° vers *le cerveau*, des encéphalites et des encéphalomalaxies spéciales; 4° du côté *de la peau*, des dermites septicémiques ou des dermonécrosies sacrées (ou trochantériennes); 5° du côté *des muscles*, des atrophies, des abcès, etc. Enfin si l'on voulait parler de tous les accidents qui peuvent venir se joindre à l'entérite septicémique, il faudrait suivre le cadre nosologique en entier et faire, comme le font tant d'auteurs modernes, un traité complet de pathologie à l'occasion de la maladie intestinale.

8007. Une telle manière de faire n'est pas, en vérité, supportable. Il est impossible de réunir logiquement tant de faits dispersés qui se trouvent combinés ou qui se succèdent de la manière la plus variable sous ce nom collectif de fièvre typhoïde. Cette expression, comme toute autre dénomination du même genre, ne pourrait jamais se rapporter dans deux cas à deux collections symptomatiques exactement les mêmes. Encore une fois, la division de cette unité hypothétique : fièvre typhoïde, en trois, quatre, dix, vingt, cent, mille formes, serait encore insuffisante et ne serait d'aucune valeur pour établir les indications organiques auxquelles doit conduire chaque cas particulier. C'est donc l'étude des états pathologiques que l'on doit principalement faire sur chaque malade. Il faut donc caractériser ces états par des symptômes et par des signes physiques, et cela avec le même soin que nous l'avons fait pour la phlegmasie septicémique de l'iléon; puis on établira les indications thérapeutiques qui se rapportent à chacun d'eux, et alors on jettera *un coup d'œil d'ensemble* sur le malade. On s'élèvera ainsi, en s'éclairant de la connaissance des causes et de la marche des phénomènes, à l'intelligence générale et au traitement de *la maladie*.

8008. Nous renvoyons en conséquence aux divers articles de cet ouvrage, pour l'étude isolée des divers états organopathologiques qui peuvent venir compliquer l'entérite sépticémique.

Colorectite épidémique ou dysenterie.

8009. Des considérations du même genre que les précédentes sont applicables à la colorectite épidémique (dysenterie), dont l'histoire générale diffère fort peu de celle de l'entérite septicémique.

8010. Avant, pendant ou après l'invasion d'accidents en rapport

aussi avec l'altération du sang produite par la respiration d'un air que l'encombrement ou que des émanations miasmatiques et putrides ont altéré, se dessinent des symptômes graves de colorectite. Celle-ci, qui a lieu souvent en automne, semble être déterminée par l'usage d'une mauvaise nourriture, de fruits non parvenus à leur maturité. La colorectite épidémique diffère spécialement de l'iléite : 1° par *les douleurs intenses* qui ayant *leur siége* dans le trajet *du colon et du rectum*, sont dues sans doute à la contraction des gros intestins enflammés ; 2° par *le très-grand nombre de selles* qui se déclarent dans un temps donné; 3° par des évacuations de matières d'abord muqueuses, *puis sanguinolentes ou sanglantes*, *puis en partie puriformes*, *purulentes*, ou encore *sanieuses et fétides ;* 4° par *la petite quantité* de ces matières rendues à chaque fois, et *dont le contact et les frottements ramènent à chaque instant de vives souffrances* (celles-ci sont occasionnées par le passage répété des fèces à travers l'anus resserré par les ulcérations et par les inflammations hémorrhoïdales que ce passage cause) (1); 5° enfin par la fréquence moins grande d'encéphalopathies et de pneumopathies coïncidentes ; tandis qu'au contraire les affections du foie sont très-ordinaires, soit pendant la durée de la dysenterie septicémique, soit surtout lorsque les principaux accidents qui la constituent sont dissipés (n° 7995).

Marche et durée.

8011. La marche et la durée de l'entérite et de la colorectite septicémiques n'ont rien de constant, et cela se conçoit du reste; en effet, ces états organopathologiques n'existent point isolément, et sont au moins constitués par deux choses: 1° l'altération de l'intestin; 2° l'état général du sang. Or, ces deux altérations organiques varient infiniment, comme étendue, comme intensité, comme proportion respective, etc. D'un autre côté, à ces deux affections viennent se joindre, dans des proportions, dans des complications et dans un ordre de succession très-variées, un grand nombre d'autres états organopathologiques. La marche de la septicémie et de l'entérite est généralement aiguë; dans la période de dix ou de trente jours, la phlegmasie et les ulcérations sont ordinairement terminées; seulement il reste consécuti-

(1) Notons ici que l'inspection du rectum, lorsque la membrane interne fait saillie à la suite des efforts, et surtout lorsqu'on l'attire au dehors par des pressions et par des tractions ménagées, peut, dans la rectite septicémique, être très-utile pour reconnaître les lésions qu'éprouve cet intestin.

vement aux accidents premiers : soit des désordres non inflammatoires de l'intestin, soit d'autres altérations organiques de l'angibrôme, soit enfin des lésions diverses des ganglions mésentériques. Plus souvent encore, lorsque l'entérelcosie se cicatrise ou même est guérie, quelques états pathologiques des autres organes, survenus pendant la durée du mal primitif, persistent et amènent une terminaison fatale, ou causent un état chronique grave. Chez bien des gens, par exemple, qui ont été atteints de l'entérite septicémique ou de la colorectite épidémique, il arrive qu'une anémie, qu'une pneumonémie, qu'une dermonécrosie sacrée ou trochantérienne font périr les malades. Or, dans les doctrines généralement reçues, c'est toujours alors la fièvre typhoïde qui poursuit sa marche, et tout le vague de la pathogénie et du traitement de cette affection s'étend encore aux conséquences des nombreux phénomènes qui la constituent. Dans notre manière de considérer les faits, ce sont encore ici des états organopathologiques qui se succèdent et qui se combinent dans des proportions et à des degrés respectifs divers. Ces états exigent chacun des moyens thérapeutiques spéciaux et différents, dont l'ensemble constitue non pas le traitement d'une affection unique, mais celui d'un ensemble de phénomènes susceptibles des plus grandes variations.

8012. Il faut avouer qu'il y a ordinairement une certaine succession entre l'apparition des divers états organopathologigues qui se déclarent soit dans l'entérite, soit dans la colorectite septicémiques.

8013. Lors de l'histoire de la septicémie, cette succession de phénomènes sera tracée. Bornons-nous à dire ici que dans de très-nombreux faits observés par nous dans les hôpitaux, tantôt les accidents généraux ou d'anomémie ont précédé de quelques jours l'invasion de l'affection intestinale, et tantôt, mais plus rarement, les symptômes de l'intestin ont ouvert la scène. Certes, il nous serait facile d'établir un calcul statistique sur ce sujet, au moins pour quelques centaines d'observations; mais ce travail serait de fort peu d'utilité et n'éclairerait guère la question. Quelques cas de plus ou de moins, dans l'une ou l'autre des deux catégories, n'infirmeraient en rien les résultats généraux observés. Ce qui nous paraît plus important à dire est ceci : En général, lorsque les sujets atteints de ces affections ont été principalement soumis à l'action des miasmes putrides, les symptômes de septicémie commencent; si une mauvaise alimenta-

tation, des écarts de régime, etc., ont agi d'une manière très-énergique, ce sont d'abord les phénomènes gastrentériques qui sont les plus prononcés.

Étiologie, Pathogénie.

La septicémie peut causer l'entérite et la colorectite.

8014. La cause principale de l'entérite et de la colorectite dont nous traitons est la septicémie; par conséquent, l'étiologie de l'une serait à vrai dire l'étiologie de l'autre. (Voyez l'article Septicémie.) Toutefois, comme un grand nombre de faits me l'ont prouvé, d'autres circonstances viennent fréquemment agir sur le tube digestif et contribuent infiniment à provoquer du côté de l'angibrôme un appareil de symptômes plus graves. Aussi un grand nombre de médecins ont-ils pensé que l'irritation ou la phlogose du tube digestif était le point de départ exclusif des unités supposées : fièvre typhoïde et dysenterie. Dans cette dernière affection, ce n'est pas seulement la septicémie et ses causes qui décident le développement de la colorectite, mais à côté d'elle se trouvent d'autres circonstances qui donnent lieu à la manifestation des symptômes de la maladie. La chaleur atmosphérique d'une part, et l'usage des fruits aqueux et acides en abondance, et surtout de ceux dont la maturité n'est pas parfaite, sont de ce nombre. Lorsqu'en 1792, les Prussiens envahirent la France, l'encombrement détermina probablement chez eux le développement de l'état septicémique, tandis que les raisins et les autres fruits qu'ils prirent en abondance, furent probablement les causes de la colorectite qui les décima.

L'entérite peut donner lieu à la septicémie.

8015. Notons encore cet autre fait de la plus haute importance : l'état septicémique qui, comme nous l'avons vu, est si souvent la cause des accidents entériques, peut aussi en être le résultat; ainsi, lorsque des nécrosies viennent à se former consécutivement aux entéropathies qui viennent d'être décrites, il arrive que l'absorption porte parfois dans la circulation les produits liquides et putrides qui s'échappent de ces escarrhes. Il peut en résulter ainsi un nouvel état septicémique plus grave que le premier. La même chose peut être dite de la résorption des sucs qui découlent des dermonécrosies sacrées ou trochantériennes. C'est précisément la coexistence de ces divers états organopathologiques provenant de diverses sources et de causes variées qui ont rendu ce sujet si obscur; c'est elle qui a donné lieu aux plus grandes discussions parmi les médecins; c'est

lle, par exemple, qui a été la source de ces deux opinions en apparence si opposées : l'une de notre honorable ami, M. Forget, qui oit dans l'état septicémique la conséquence de l'entérite folliculeuse; l'autre (celle que j'ai professée et que je professe encore) qui onsidère les symptômes généraux des premiers temps comme l'expression phénoménale de l'altération du sang produite, soit par l'action des miasmes que produit l'encombrement, soit par un poison eptique contagieux. Chacune de ces deux opinions a donc quelque hose de juste, et il n'y aurait ici de faux que l'exclusion que l'on rait d'une de ces circonstances de causalité.

8016. Les liquides non putréfiés, mais qui, pour cela, peuvent 'en pas être moins délétères, sont susceptibles d'être absorbés ans le tube digestif et d'altérer le sang. De ce nombre sont : la dive, les mucosités, la bile, le chyme et le chyle altérés, les fèces quides et le pus formé par les surfaces entériques ulcérées. On a it beaucoup d'hypothèses sur les effets *de l'état saburral* et sur la onséquence de la résorption des substances précédentes. De nos urs encore, des médecins fort estimables comme savants et comme ractère, pensent que cette résorption peut être, de prime abord, cause des accidents généraux et qu'elle les entretient. De là, suint eux, l'indication incessante de purgatifs. Nous ne pouvons rtager cette manière de voir. Dans la très-grande majorité des s, en effet, la plessimétrie ne nous a pas fait trouver, dans les preiers temps de la collection symptomatique dite fièvre typhoïde, la résence de liquides dans l'estomac ou dans l'intestin grêle. Dans s circonstances cependant où les substances précédemment énumérées existent en quantité notable dans le tube digestif, elles doint donner lieu à quelques accidents.

8017. Des symptômes de pyémie (1) se déclarent, quoique rament, pendant la durée ou à la suite de la lésion intestinale e nous décrivons. Ceci a lieu principalement chez les pneumoymiques (phthisiques) qui viennent à être accidentellement atteints entérite ou de colorectite septicémiques. Dans de tels cas, il existe s surfaces entériques dénudées formant du pus, ou des ganglions ésentériques abcédés, ou encore des collections purulentes : cellespeuvent avoir lieu dans le tissu cellulaire, dans le péritoine, dans s poumons, vers la peau ou dans tout autre organe. C'est alors

(1) Par abréviation de pyohémie, résorption purulente, fièvre hectique.

que se dessinent (et cela, suivant nous, par suite de la pénétration de quelques-uns des principes du pus dans le sang (1)) une petite fièvre accompagnée le soir de redoublements, de frissons à des heures à peu près fixes, de chaleurs et de sueurs partielles, d'un amaigrissement rapide, d'organites pyémiques variées, en un mot, de tous les phénomènes en rapport avec la pyémie chronique.

Pronostic.

8018. Le pronostic repose ici sur plusieurs catégories de faits : 1° sur l'intensité de la septicémie; 2° sur l'étendue et la gravité de l'état du tube digestif; 3° sur le nombre, la variété et le degré des états organopathologiques coïncidents; il est donc évident qu'il a pour base la réunion des pronostics qui sont particuliers à chacun des éléments du mal. Quant au jugement qu'il faut porter de l'entérite septicémique considérée en elle-même, il est en rapport avec l'ancienneté, le degré et l'étendue des lésions dont il s'agit. Il ressort si bien de tout ce qui vient d'être dit sur l'entérite et sur le caractère septicémique de cette affection, qu'il est inutile d'y insister.

Thérapeutique.

8019. Rien n'est décourageant, en vérité, pour les praticiens et pour les travailleurs consciencieux comme ce déplorable résultat auquel a conduit l'admission de *l'unité hypothétique*, fièvre typhoïde. Comme on a cherché à combattre l'ensemble des phénomènes dont il s'agit par une méthode unique, il est arrivé que les uns ont, à l'imitation de Broussais, préconisé dans la gastrentérite (fièvre typhoïde) les saignées générales et locales, et cela dans toute leur rigueur; que M. Bouillaud, qui a beaucoup mieux particularisé les cas, a également obtenu dans l'*entéromésentérite* (fièvre typhoïde), des résultats fort remarquables par les pertes de sang faites coup sur coup; que d'autres, ainsi que Stoll, Delaroque, et même M Beau, ont cru devoir attribuer à la méthode évacuante employée dans la fièvre bilieuse (fièvre typhoïde) les effets les plus évidemment utiles. Les uns, partageant plus ou moins les idées de Brown, de Petit, de Pinel, ont vu dans les toniques et spécialement dans le quinquina le moyen par excellence pour la curation de la fièvre entéro-mésentérique, putride ou adynamique (fièvre typhoïde); d'autres, tels que M. Chomel, ont opposé le chlorure de chaux à *la fièvre typhoïde*. Les statisticiens purs se sont mis à rapprocher les résultats de ces traitements nom-

(1) Soit par véritable absorption, soit par une simple introduction dans des vaisseaux divisés.

reux de prétendues unités, *affections typhoïdes*, et ils en sont arrivés à cette conclusion que toutes les médications sont à peu près inutiles et que le mal, fort peu influencé par elles, parcourt de certaines périodes qu'il est fort difficile de modifier.

3020. Ce n'est pas seulement de nos jours que l'inutilité du traitement dans les fièvres graves a été proclamée. Les vitalistes exclusifs de tous les temps, les médecins qui se disent disciples d'Hippocrate et imitateurs, soit de Stahl qui purgeait beaucoup, soit de Sydenham qui saignait largement, ont admis (et cela, sans doute, d'après les tristes conséquences d'une médecine active appliquée à des s dissemblables et réputés identiques) qu'ici *la nature seule* guérissait. Ils ont dit qu'il était inutile ou périlleux d'avoir recours, dans le traitement des fièvres graves, à une médication énergique. N'allez pas croire cependant que ces hypothétiques admirateurs de la nature salutrice se soient abstenus le moins du monde d'employer des moyens thérapeutiques : ils faisaient usage, sinon d'évacuations directes de liquides, au moins d'une spoliation indirecte; car ils s'accordaient avec les médecins les plus partisans des moyens antiphlogistiques ou purgatifs pour prescrire indéfiniment une abstinence absolue qui, ...tes, fait perdre, en un temps donné, beaucoup plus de liquides que ne le font des saignées ou des minoratifs.

3021. Ainsi, malgré tous les relevés statistiques faits par les médecins de toutes les écoles, médecins qui s'accordent en une chose, considérer la fièvre typhoïde (appelée n'importe comment) comme une maladie unitaire, on en est encore à se demander : *quel est le traitement qu'il convient d'opposer à la fièvre typhoïde?*

3022. Il n'en pouvait et il n'en peut être autrement; car il est impossible de traiter avantageusement par *une méthode* n'importe laquelle des cas nombreux, dits fièvre typhoïde, qui ont pour éléments des états organopathologiques dont le nombre et le degré variant chez les divers sujets, offrent chacun une indication particulière, et peuvent se réunir dans des groupes semblables pour se prêter ainsi à un traitement empirique. Tel homme atteint de ce qu'on appelle une fièvre typhoïde aura beaucoup de sang, il faudra le saigner; un autre en aura très-peu, il faudra se donner de garde de lui extraire des liquides; celui-ci présentera une accumulation de matières dans l'intestin, il faudra le purger, tandis que cela ne sera pas indiqué chez un autre malade dont l'intestin sera vide et ainsi de suite pour les divers éléments morbides qui constituent la maladie. Or,

si l'on cherche à établir une méthode générale de traitement dans laquelle, combattant l'être hypothétique, fièvre typhoïde, on veut employer exclusivement les méthodes antiphlogistique ou évacuante, tonifère ou autre, etc., il se trouvera des cas où telle médication sera utile, d'autres où elle ne conviendra pas, d'autres encore où elle n'aura ni avantages ni inconvénients, de sorte qu'en comparant les résultats de ces traitements divers, appliqués en particulier à un nombre donné de fièvres dites typhoïdes, on arrivera à peu près à une proportion presque égale de succès et de revers.

8023. Bien plus, beaucoup de médecins, tout en employant une méthode assez rationnelle contre la fièvre dite typhoïde, ont commis, suivant nous, la faute grave de soumettre leurs malades à une abstinence exagérée. Or, il a pu arriver que tel homme beaucoup moins instruit, que tel empirique systématique et employant à tout propos quelque médicament inutile, mais donnant des aliments, alors qu'ils peuvent être supportés, ait obtenu tout autant de succès que des praticiens renommés.

Traitement des états organiques élémentaires de la fièvre typhoïde.

8024. Quelles que soient les opinions adoptées sur la nature de l'affection dite fièvre typhoïde, quel que soit le scepticisme dont on fasse profession en médecine, quels que soient les résultats de la statistique, on ne peut nier que chaque état organopathologique constituant *cette maladie* se prête isolément à des indications spéciales. La rate si souvent hypertrophiée dans de tels cas, diminue sous l'influence du sulfate de quinine; l'accumulation de matières dans les intestins exige des purgatifs; la présence abondante de gaz dans le tube digestif impose la nécessité de les évacuer, l'anémie portée à un certain degré conduit à donner des aliments, etc. Or, puisqu'en remplissant ces indications, on soulage les malades, puisqu'on détruit quelques-uns des éléments du mal, *il faut, de toute nécessité qu'on augmente ainsi les chances de vie.* Prenons pour exemples les diverses nécrosies sacrées : il est incontestable que beaucoup de gens guéris de la lésion de l'intestin et de la septicémie des premiers temps, succombent aux accidents graves consécutifs à la gangrène de la peau du siége. Or, tel qui tiendra compte de ce fait et qui, par de bons soins, remédiera à cette dernière lésion ou la préviendra, devra *nécessairement*, toutes choses étant égales d'ailleurs, avoir des résultats pratiques plus heureux que tel autre qui n'aura pas agi de la même façon. On en peut dire autant de la curation de

ombreux états pathologiques qui, par leur ensemble, constituent fièvre typhoïde.

Traitement de l'affection entérique elle-même.

8025. L'inflammation, l'ulcération des plaques agminées de eyer, celle du colon et du rectum, sont, dans les collections symp-omatiques dites fièvre typhoïde et dysenterie, des éléments par-culiers fort graves et dont il importe de diriger convenablement le aitement. Ces inflammations, ces ulcérations n'exigent point, en éfinitive, d'autre curation que s'il s'agissait de phlegmasies simples. orter sur les surfaces malades des substances aqueuses, mucilagi-euses, et cela, suivant les cas, par la bouche, par le rectum, ou par un et l'autre à la fois. Dans les affections très-aiguës et lorsque les uantités de sang en circulation permettent de le faire, avoir re-ours à des évacuations sanguines modérées, soit générales, soit lo-alement appliquées à la région hypogastrique (iléite septicémique) à l'anus (dysenterie); insister sur ces moyens tant qu'il n'y a pas pananémie, et tant que les symptômes locaux l'indiquent. Telles nt d'abord les indications qui se présentent à l'esprit et celles que pratique consacre.

Peut-on arrêter la marche de l'entérite septicémique?

8026. Une grande question se présente ici, et il serait d'une ex-ême utilité de la résoudre d'une manière absolue. C'est celle de savoir l'on peut abréger la marche et la durée de la phlegmasie septicémi-ue des plaques de Peyer, et cela, soit par des évacuations sanguines, it par un traitement n'importe lequel. On a comparé l'affection de ntestin grêle dont nous traitons à la dermite variolique, et l'on a dit 'il était impossible d'arrêter la marche de l'une comme de l'autre. tte proposition est souvent applicable aux pustules de la petite role, et la méthode ectrotique elle-même est loin d'en empêcher le veloppement. Mais, d'une part, il n'est pas prouvé que la com-raison entre ces deux ordres de lésions, entérite septicémique dermite variolique, soit parfaitement juste; et de l'autre, on voit aucoup de gens présenter, dans les premiers temps de leurs mala-s, un ensemble de phénomènes tout à fait semblables à ceux de l'en-ite septicémique; peu de jours après, ces malades n'ont aucun mptôme du côté de l'intestin, et la guérison a rapidement lieu. On it encore certains individus périr dans la première quinzaine du l, et qui offrent une lésion fort légère ou même des traces à peine

marquées de l'affection de l'iléon, ce qui porte à croire qu'elle a été arrêtée dans sa marche, la mort ayant eu lieu par suite de quelque état organopathologique autre que celui de l'intestin. Or, de tels faits ne portent-ils pas à admettre que l'entérite septicémique est susceptible de céder à un traitement actif, et principalement aux antiphlogistiques? Nous ne pensons donc pas que cette maladie doive absolument parcourir certaines périodes; nous croyons, au contraire, qu'on peut souvent en entraver la marche et en hâter la guérison. Seulement, voyant un grand nombre de cas où le mal persiste, quelque chose que l'on fasse, et sachant qu'il est souvent fort difficile, dans les cas dont il s'agit, de réparer, au moyen de l'alimentation, les pertes de liquide, nous admettons que l'on doit être réservé ici sur les quantités de sang que l'on tire, soit en une seule fois, soit à plusieurs reprises, et qu'il faut proportionner les saignées au degré d'intensité de l'état local et de l'état général.

Règles pratiques dans la curation de l'entérite septicémique.

8027. La première règle pratique est, dans l'entérite septicémique, non pas, comme on le disait du temps de Broussais, d'empêcher l'intestin de fonctionner, mais bien d'éviter le contact des parties malades avec les substances qui peuvent les blesser ou si l'on veut les irriter. Or, trois ordres de substances peuvent à la rigueur produire ce fâcheux effet, ce sont: 1° les liquides que contient l'intestin; 2° les aliments qu'on permet; 3° les médicaments que l'on fait prendre. Entrons dans quelques détails pratiques sur ce sujet.

Règles relatives à l'évacuation des liquides.

8028. Les liquides contenus normalement dans le tube digestif et qui, lorsque la membrane angibrômique est intacte, ne la blessent point, sont très-susceptibles d'irriter la surface muqueuse, alors qu'elle est enflammée, et surtout dénudée. Cela est surtout vrai de la bile, des liquides acides contenus dans l'estomac et des résidus de digestion qui, devenus plus ou moins putrides, ont séjourné dans l'angibrôme. La bile pénétrant dans le péritoine, les fèces s'échappant dans le tissu cellulaire situé à l'entour du rectum y causent des phlegmasies intenses ou de vastes nécrosies; ainsi le séjour de ces substances sur des ulcères angibrômiques (qui ont en définitive une surface cellulaire) peut occasionner un surcroît de phlegmasie sur ces parties ou y décider la formation d'escarrhes gangréneuses; nous avons même vu déjà que l'absorption de ces mêmes liquides par ces parties dénudées d'épithélium, peut avoir pour résultat de

altérations spéciales du sang et une septicémie secondaire (n° 8015). C'est par ces circonstances organiques qu'on explique comment il se fait que les parties des intestins où stagnent principalement les substances dont nous parlons, sont en général le siége des lésions les plus graves. De là *l'indication urgente*, *absolue*, *d'évacuer* par des injections, par des pressions (n° 7482), par des frictions abdominales ou par des purgatifs, les liquides que le tube digestif peut contenir. Mais, comme l'angibrôme est loin de contenir toujours des proportions semblables de liquides irritants; comme il peut même arriver qu'il n'en renferme que fort peu, ou même qu'il n'y en ait en aucune façon, on ne peut faire, de la médication évacuante, une méthode générale. C'est donc principalement dans les cas où les signes physiques et principalement la plessimétrie font reconnaître dans l'intestin la présence d'une quantité notable de matières qu'il est convenable d'avoir recours à des purgatifs. Ceux-ci doivent toujours être choisis parmi les moins irritants, et de ce nombre sont: la potion faite avec la magnésie et un sirop (Mialhe), les sulfates de soude et de magnésie, les eaux qui en contiennent (l'eau de Sedlitz, de Pullna, etc.), l'huile de ricin, la manne, etc. Toutefois, ces derniers médicaments ont le grave inconvénient de causer parfois des indigestions, de provoquer le dégagement de gaz, et de devenir ainsi les causes d'accidents plus ou moins graves.

8029. La réitération de l'emploi des purgatifs est subordonnée d'une part au degré d'amélioration dont leur emploi est suivi, et de l'autre à la constatation que l'on fait de la présence de nouvelles matières dans l'angibrôme.

Règles relatives à l'alimentation.

8030. Les aliments peuvent-ils être donnés dans les quinze premiers jours de l'entérite septicémique? Si l'on parcourt un grand nombre d'observations recueillies dans divers services des médecins des hôpitaux, on voit que très-rarement on permet autre chose dans les premiers temps de *la fièvre typhoïde* que des décoctions mucilagineuses, de l'eau de veau, de poulet, des décoctions d'orge, de riz, de fruits, etc. On n'accorde en général une nourriture plus substantielle, telle que des bouillons, des crèmes de riz, des potages, etc., qu'à une période avancée, et lorsque l'épuisement du malade est déjà porté très-loin. A plus forte raison n'ose-t-on pas permettre le jus de viande, du poulet, du poisson, des viandes faites et grillées, et l'on redoute encore plus l'usage du vin. Cette manière de

diriger le régime me paraît être un reste de l'influence qu'ont eue, il y a peu d'années encore, les opinions et les écrits de Broussais sur la médecine en général, opinions que j'ai cherché à combattre en 1828, dans mon mémoire sur l'abstinence et sur l'alimentation insuffisante. Il semble, en vérité, que l'on ait considéré les aliments comme des poisons, et que l'on ait pensé que la phlegmasie de l'intestin allait être de beaucoup augmentée par le contact de crèmes, de gélatine, de fécules, dont on se serait servi avec espoir de succès, comme cataplasmes, sur des ulcérations extérieures. Il est pour moi prouvé, par une multitude de faits, que l'on a énormément exagéré les dangers de l'alimentation dans l'iléite septicémique. Le contact de la bile pure et des acidités gastriques est bien autrement dangereux et irritant que celui des aliments légers que l'on peut faire prendre. L'abstinence continuée a ici, comme ailleurs, l'extrême inconvénient d'altérer la constitution, de plonger le malade, déjà épuisé par des pertes abondantes de liquides, dans une anémie extrême, et de causer une atrophie musculaire très-grande dont il ne se relève qu'avec une extrême lenteur. J'ai vu des convalescents rester plusieurs mois exténués à la suite de *fièvres typhoïdes* traitées *par la méthode d'exténuation*. Tout au contraire, je nourris dans l'entérite septicémique dès que les aliments plaisent aux malades. Je le fais dans les premiers temps comme plus tard, soit qu'il y ait ou non une entérorrhée abondante. Depuis que je prescris ce régime, les convalescences sont infiniment moins longues ; l'état de santé succède très-promptement à la cessation du phénomène de l'entérite, et enfin la mortalité parmi mes malades atteints de *fièvre typhoïde* est très-faible. Je n'ai point de tableaux statistiques absolus à soumettre au lecteur sur le nombre de décès, comparés à celui des guérisons ; mais je puis dire que, dans un service de quatre-vingt-deux lits à la Pitié, qui se renouvelle sans cesse, sur un nombre presque égal de malades à l'Hôtel-Dieu, je n'ai point eu par an, et cela depuis douze ans, plus de cinq à dix cas de mort par cause d'entérites septicémiques. A la suite des fièvres graves et lorsque cette terminaison fatale a eu lieu, presque constamment il s'est trouvé du côté du poumon ou du cerveau des symptômes et des lésions qui, ayant amené la cessation de la vie, n'avaient pas été les conséquences de l'alimentation que j'avais prescrite. Ailleurs, dans ces cas de mort, il y avait des dernières nécrosies dont les phénomènes datant des premiers jours avaient été les causes du décès. Sans doute les heureux résultats de notre p

tique ne doivent pas être exclusivement rapportés aux aliments que nous faisions prendre; car, d'une part, *nous faisions respirer un air pur et renouvelé par l'ouverture habituelle des croisées*, et de l'autre nous nous opposions avec le plus grand soin aux divers états organopathologiques que nous observions; mais enfin nous sommes très-convaincus que les aliments ont été dans ces cas d'une extrême utilité, et surtout qu'ils n'ont pas nui. *Jamais nous n'avons vu un seul des malades ainsi alimentés périr d'indigestion.*

8031. Les règles pratiques, relativement à l'alimentation dans l'entérite septicémique, sont pour nous, 1° d'accorder en général de la nourriture quand les malades en témoignent le désir et le besoin; 2° de choisir celle que l'observation lui a appris être la plus convenable à la constitution et la plus facilement digestible; 3° de commencer par des doses faibles; 4° d'observer leurs résultats et de les augmenter *très-promptement*, si l'expérimentation journalière des effets produits permet de le faire.

Règles relatives aux médicaments.

8032. Un grand nombre de médicaments portés dans le tube digestif, alors qu'il s'agit de l'iléite septicémique, ont été considérés comme très-dangereux par les uns, comme très-utiles par les autres, ou suivant d'autres encore, comme ne présentant aucun avantage dans leur emploi. Il y a peut-être du vrai dans chacune de ces manières de voir.

8033. D'abord il faut se rappeler que, bien souvent, les médicaments donnés sous forme de boisson, ou qui sont très-solubles, ne parvenant point jusqu'au jéjunum, et, à plus forte raison, jusqu'à l'iléon et au rectum, sont absorbés dans l'estomac ou dans les premières parties de l'intestin grêle. Or, de telles substances n'arrivant pas jusqu'aux parties malades, ne peuvent guère produire de l'irritation ou une aggravation dans la lésion dont les plaques de Peyer ou le gros intestin peuvent être le siége. Par la même raison aussi, il est difficile de croire qu'elles puissent agir d'une manière directe avec beaucoup d'utilité. Ces considérations sont applicables à tous les médicaments dont l'action n'est pas assez stimulante pour éveiller la contraction des fibres musculaires intestinales, et pour être portées ainsi jusque sur la partie affectée. Le sulfate de quinine lui-même, alors qu'il est rendu soluble par un excès d'acide, est, à coup sûr, absorbé en très-grande proportion dans l'estomac et dans le duodénum, comme le prouve la rapide diminution de la rate à la suite

de son emploi. Aussi, dans bien des cas, on l'administre avec avantage, à cause des splénopathies coexistantes avec l'entérite septicémique, et cela sans aggraver le moins du monde l'état maladif des plaques agminées de Peyer. La même considération peut être appliquée à quelques autres médicaments toniques. Ce fait explique, de reste, l'innocuité de beaucoup de substances employées par certains praticiens, et que d'autres médecins considèrent comme étant très-irritantes et tout à fait pernicieuses.

8034. Les purgatifs cependant, même à l'état liquide, peuvent parvenir jusqu'aux parties malades, et cela parce qu'ils provoquent des contractions promptes et énergiques de l'intestin. Irritent-ils les surfaces enflammées ou ulcérées? Probablement il en est ainsi, car ces mêmes substances, portées dans la bouche excoriée, y occasionnent de la douleur; mais est-ce là une raison suffisante pour en proscrire l'emploi? Je ne le crois en aucune façon : leur action n'est que momentanée, ils sont bientôt entraînés vers une partie plus inférieure de l'angibrôme. Seulement, si leur contact persistait, s'il n'y avait pas d'évacuations, alors leur présence dans le tube alimentaire malade aurait de l'inconvénient. D'un autre côté, il est à coup sûr préférable de produire ainsi une *irritation* momentanée dans les parties malades, que de laisser celles-ci dans un contact de durée avec les matières fécales, avec la bile ou avec les autres sucs que l'on trouve dans l'intestin.

8035. Les médicaments plus solides ont beaucoup moins d'action, et n'agissent guère que par les substances solubles qu'ils contiennent. Or, dans l'estomac et dans le duodénum, les sucs qui s'y trouvent doivent s'emparer de ces substances solubles qui bientôt sont absorbées, et il ne doit alors parvenir dans l'iléon qu'un résidu insoluble et sans action sur les parties malades. Ces réflexions sont applicables aux écorces toniques et à d'autres médicaments solides du même genre, que l'on cherche à diriger sur la membrane muqueuse de l'iléon et du colon.

8036. On a proposé divers médicaments *dans l'intention de changer le mode d'irritation des intestins* atteints de phlegmasies septicémiques. Les réflexions précédentes sont applicables à de tels moyens.

8037. Il résulte de tout ceci, 1° que l'action des médicaments variés donnés par la bouche, dans l'intention de modifier directement l'état des glandes de Peyer, n'est rien moins que démontrée; 2° que

la plupart des substances employées dans de tels cas sont sans efficacité réelle, soit en mal, soit en bien; 3° que plusieurs d'entre elles peuvent cependant agir indirectement, par suite de leur absorption et de leur mélange avec le sang (alors ce n'est plus l'entérite elle-même qu'elles modifient immédiatement, mais bien la septicémie qui la cause, ou encore l'anémie, l'hydrémie, qui peuvent en être les résultats); 4° que l'usage des purgatifs doux et peu irritants, dont nous avons déjà apprécié l'utilité comme évacuants, n'a presque aucun inconvénient.

Utilité des médicaments portés dans les gros intestins.

8038. Des médicaments peuvent être portés avec plus d'avantage, d'une manière directe, sur la portion du tube digestif située au-dessous de la valvule iléo-cœcale, et cela à l'aide d'injections faites dans le rectum. Lorsqu'il s'agit de l'iléite septicémique, c'est comme évacuants, c'est sous le point de vue de leur absorption et des résultats de celles-ci que de tels moyens peuvent être utilement prescrits; mais, dans la colorectite septicémique, on peut espérer modifier directement et avec avantage la membrane muqueuse enflammée en portant au-dessus de l'anus des substances variées. C'est ainsi qu'on a utilement recours, dans de tels cas et lors de l'état aigu, tantôt à une médication topique émolliente, tantôt, lorsque les douleurs sont très-vives, à des substances narcotiques ajoutées aux liquides injectés. Ailleurs, lorsque le mal date d'une époque plus reculée, on emploie avec avantage une médication tonique et perturbatrice; on a même prescrit des dissolutions légères d'azotate d'argent, lorsque l'état phlegmasique est entièrement tombé, et lorsqu'on veut modifier fortement les tissus malades. Les indications, les règles, les précautions applicables au traitement de certaines laryngites par la pierre infernale (n° 6421), le sont aussi à la curation, par les cathérétiques de certaines rectites. Ici les doses du caustique doivent toujours être faibles (quelques centigrammes par trente grammes); l'azotate d'argent injecté dans l'anus n'aurait aucune utilité, s'il s'agissait de la maladie des glandes de Peyer.

Traitement des états organiques consécutifs et coexistants.

8039. Dans le traitement de l'entérite et de la colorectite septicémique, il faut surtout avoir égard aux symptômes consécutifs à ces phlegmasies. Ceux-ci peuvent avoir pour résultats, en effet, d'autres états organopathologiques susceptibles de déterminer les plus graves accidents. De ce nombre sont l'aérentérectasie dont le

traitement a été établi ailleurs, et la blenentérorrhée ou même l'hydrentérorrhée dont nous allons bientôt nous occuper. Les flux de liquides produits par l'iléite septicémique donnent lieu à une anémie, et parfois même à une anhydrémie (diminution dans la quantité proportionnelle de la sérosité du sang) qui peuvent occasionner la mort des malades. Nous ne pouvons assez recommander d'arrêter, autant que possible, cette entérorrhée secondaire à l'état phlegmasique. (Voyez le chapitre suivant.)

8040. Les autres détails de traitement relatifs à l'entérite ou à la colorectite septicémiques se rapportent si bien à la curation de l'angibrômite simple, que nous renverrons ici le lecteur à l'histoire de ces phlegmasies. Contentons-nous de répéter encore cette grande vérité : jamais il ne faut, dans le traitement des entérites dont nous parlons, avoir en vue une maladie unitaire et simple constituée par l'état phlegmasique du tube alimentaire; mais on doit donner une attention extrême et soutenue aux autres états organopathologiques coïncidents, et les traiter avec la même importance et le même soin que l'affection considérée comme principale et primitive.

CHAPITRE XVI.

BLENANGIBRÔMORRHÉE, HYDRORRHÉE ANGIBRÔMIQUE, HYDROGASTRORRHÉE, HYDRENTÉRORRHÉE

(Écoulement abondant de mucosités ou de sérosité par la membrane muqueuse du tube digestif, de l'estomac ou de l'intestin).

8041. Sous les noms de vomissements glaireux, muqueux, de gastrorrhée, de rhume, de catarrhe gastrique ou intestinal, etc., les auteurs ont désigné des écoulements plus ou moins abondants de mucosités par les orifices supérieur ou inférieur du tube alimentaire. Le mot diarrhée, qui signifie seulement couler à travers, a été réservé pour les affections présumées *non phlegmasiques* et dans lesquelles les selles étaient plus ou moins liquides. L'expression choléra, qui, d'après son étymologie, devrait se rapporter à une maladie en rapport avec la bile, a été employée pour désigner divers ensembles de phénomènes dans lesquels il s'agit d'évacuations muqueuses ou plus tard séreuses. C'est surtout depuis la terrible épidémie qui a régné en Europe, en 1831 et 1832, que le mot choléra a été ainsi détourné de sa signification primitive, et que l'on a nommé ainsi une

maladie dans laquelle une angibrômorrhée entrait comme élément de premier ordre.

8042. Longtemps on a pensé qu'il se faisait par le tube digestif de simples écoulements de liquides plus ou moins analogues à ceux qu'on observe dans les cavités profondes, et qui, par conséquent, différaient peu des hydropisies. Seulement les produits de ces écoulements, au lieu de séjourner dans des organes creux, étaient rejetés en dehors, et encore certains auteurs ont-ils admis des hydropisies gastriques et entériques dans lesquelles ces liquides distendaient anomalement l'angibrôme.

8043. Lorsque la théorie de l'irritation et de l'inflammation vint prendre la place des anciennes opinions médicales, on révoqua en doute l'existence de flux muqueux ou séreux, sans inflammation préalable ou concomitante. Alors il n'y eut plus de gastrorrhée ni de diarrhée, mais bien une gastrite ou une entérite dont l'intensité était faible et la marche peu aiguë. Beaucoup de praticiens, s'appuyant sur des recherches cliniques et nécroscopiques, s'élevèrent contre ces idées exclusives et les renversèrent par des faits et par des raisonnements. De ce nombre fut M. Andral. Ce médecin proposa, soit la désinence *crinie* pour exprimer les affections qui consistent dans des modifications de sécrétion; soit les antécédents *hyper* et *hypo* pour exprimer les différences en plus ou en moins qu'elles peuvent présenter. En agir ainsi, était à coup sûr entrer dans une voie de progrès; c'était remonter vers la source des phénomènes observés et se rapprocher des doctrines organiques et physiologiques sur lesquelles la médecine doit être désormais fondée. Seulement il est souvent difficile en pratique de déterminer si, dans un écoulement observé, il s'agit véritablement d'une variation primitive dans l'action sécrétoire. Le plus ordinairement on est forcé de s'en tenir au phénomène apparent : dépôt ou excrétion de liquides. Telle est la raison qui nous a porté à préférer en général la désinence *rhée* à celle de *crinie* pour désigner les affections qui font le sujet de cet article. Mieux vaut, dans notre série d'idées, que les expressions de la nomenclature laissent, *dans certains cas*, du vague dans l'esprit, que de conduire à préjuger sur le caractère de faits mal déterminés. Le progrès de la science permettra plus tard de mieux spécifier les lésions ou les altérations de fonctions, et alors les mots convenables se présenteront d'eux-mêmes à l'esprit.

8044. Nous étudierons seulement, dans cet article, exclusive-

ment ce qui appartient aux écoulements angibrômiques, et nous renverrons, pour l'histoire des états organopathologiques susceptibles de coïncider avec eux, aux autres parties de cet ouvrage. Ainsi l'état général et primitif, en rapport avec le choléra épidémique, sera traité à l'occasion des toxémies ; ainsi l'anhydrémie, qui est la suite de l'écoulement séro-muqueux par le tube digestif et qu'on observe à une époque plus avancée de ce même choléra, trouvera sa place après l'étude de la pananémie (défaut du sang en général).

Nécrorganographie.

8045. Il est assez rare de trouver à la mort l'angibrôme rempli par une grande quantité de liquides muqueux ou aqueux dont la source soit en réalité le tube digestif lui-même. Il ne faut pas en effet, à l'imitation de certaines personnes, prendre pour le résultat d'une sécrétion ou d'une exhalation gastrique la salive qui, si souvent, arrive abondamment dans l'estomac par l'œsophage. Nous avons déjà parlé des liquides acides, causes évidentes, dans certains cas, de ramollissement gastrique (nos 7650 et suivants). En général, à l'approche de la mort, ou même lors de l'agonie, l'angibrôme se contracte convulsivement et évacue si bien les produits des sécrétions antérieurement déposés, qu'à la nécroscopie ce conduit est ordinairement vide. Cependant on trouve parfois, dans l'estomac et dans l'intestin, des liquides tout à fait analogues aux matières évacuées pendant la vie. Cela avait spécialement lieu dans l'angibrômie cholérique.

8046. Dans un grand nombre de cas où il a existé une angibrômorrhée plus ou moins intense, on ne voit, lors de la nécroscopie, aucune altération matérielle de la membrane muqueuse gastrentérique. Peut-être qu'une inspection plus attentive et que l'examen microscopique donneraient des résultats appréciables ; jusqu'à présent les observateurs n'ont noté dans de tels faits, ni expansion de vaisseaux, ni dilatation de porosités, ni rougeurs : ce sont là les cas où il s'agit bien d'une simple *hypercrinie angibrômique*. J'ai noté des faits pareils ; 1° à la suite de certaines affections puerpérales ; 2° chez de jeunes enfants ; 3° chez des femmes décrépites, rangées à la Salpêtrière dans la triste catégorie *des gâteuses*. Ces divers individus avaient rendu, pendant la vie, une proportion très-considérable de liquides aqueux, muqueux et transparents. Encore une fois, après la mort, on ne trouva en aucune façon, dans les organes, de circonstance propre à expliquer un pareil fait.

8047. Dans quelques affections plus aiguës, souvent fébriles, et dans lesquelles les évacuations aqueuses avaient été excessives, on voyait à la surface de l'angibrôme et notamment sur celle de l'intestin, de petites vésicules de grosseur variable et qui, présentant en général le volume d'un petit grain de millet, étaient distantes les unes des autres, tantôt de quelques millimètres, tantôt de plusieurs centimètres. C'était surtout en examinant la membrane obliquement et presque horizontalement, ou encore sous l'eau, qu'une telle disposition était apparente. Cette éruption était d'autant plus confluente que l'écoulement de liquides avait été plus considérable. Ces vésicules, situées dans l'épaisseur de la membrane muqueuse, étaient formées extérieurement par une pellicule mince qui, sans doute, était l'épithélium. Leur saillie pouvait être comparée à celle qu'offrirait la moitié d'un grain de millet appliquée sur la surface interne du tube digestif.

8048. Les vésicules dont il vient d'être parlé, presque toujours transparentes, semblent contenir un liquide clair et plus ou moins aqueux. Jamais je ne les ai vues renfermer de pus. C'est cette éruption que M. Serres a désignée sous le nom de *psorentérie.* Elle se rencontrait particulièrement dans le choléra épidémique, alors qu'il donnait lieu à une entérorrhée excessive suivie d'anhydrémie et de mort. On ne l'avaitpas signalée auparavant; peut-être avait-elle parfois existé, mais on n'était pas prévenu de la possibilité de son existence, elle avait été toujours méconnue. Je l'ai observée depuis chez plusieurs malades ayant offert des symptômes analogues à ceux de l'entérite septicémique. Seulement l'entérorrhée avait été ici très-considérable et les plaques de Peyer étaient aussi affectées. Ces cas doivent-ils être considérés comme des complications d'éruption septicémique et de lésion cholérique? En vérité je n'oserais résoudre une telle question ni par l'affirmative ni par la négative. J'ai observé, assez récemment et plusieurs fois, des vésicules semblables chez des individus qui, sans avoir d'entérite septicémique, avaient eu des selles aqueuses fort abondantes et étaient devenues anémiques. Peut-être que les vésicules dont il s'agit avaient ici un rapport éloigné avec l'ancienne épidémie cholérique.

8049. Quoi qu'il en soit, la membrane muqueuse, située au-dessous et à l'entour des vésicules précédentes, offre souvent dans l'entérorrhée cholérique et rarement dans quelques autres écoulements analogues, une teinte rosée spéciale qu'on l'on a désignée sous

le nom de teinte *hortensia*, à cause de la nuance particulière qu'elle présente; mais cette teinte n'est pas constante; elle n'est probablement pas l'effet de l'état entérique lui-même, mais de l'anhydrémie auquel il donne lieu. On ne voit point d'ailleurs qu'une telle rougeur offre les caractères généralement observés dans les hypérémies et dans les phlegmasies ordinaires. Tantôt, du reste, les vésicules et la nuance rose qui les entoure existent sur une grande étendue de l'angibrôme, et d'autres fois on ne les trouve que dans des espaces assez limités et qui appartiennent souvent aux intestins grêles.

8050. Dans d'autres cas où les selles ont été très-liquides, et cela pendant un temps considérable, on trouve, lors de la nécroscopie, des ulcérations de diverses sortes et notamment des phymelcosies (ulcérations tuberculeuses). On ne sait pas encore si dans de tels cas, les ulcérations elles-mêmes, ou la membrane muqueuse qui les entoure, sont le siége de l'augmentation de sécrétion. Toutefois on est conduit à penser que les ulcérations donneraient lieu à la formation de pus et non pas à des produits séreux et muqueux aussi abondants.

8051. Les organes autres que l'angibrôme peuvent présenter sur les cadavres des individus, morts à la suite d'angibrômorrhée, des lésions excessivement variables; mais certaines coïncidences ou plutôt certaines conséquences des écoulements séro-muqueux des intestins ont avec eux des rapports intimes et d'une haute importance: je veux parler de l'anémie et de l'anhydrémie. Encore une fois l'histoire détaillée de celle-ci se trouve dans le troisième volume de cet ouvrage.

Biorganographie.

8052. Les caractères les plus positifs de l'angibrômorrhée sont fournis par l'inspection des matières séreuses et muqueuses, rejetées au dehors par les vomissements et surtout par les selles. Quelques malades évacuent souvent, le matin, par la bouche un liquide clair, filant; mais, dans le plus grand nombre de cas, ce liquide est de la salive (n° 7580), dont l'analyse chimique serait utilement faite. Les substances évacuées par l'intestin, dans l'entérorrhée proprement dite, sont constituées par un fluide séreux ou muqueux, dont la transparence est d'abord troublée par des matières fécales et par de la bile. A une époque plus avancée et lorsque le malade est soumis à l'abstinence, alors la sérosité ou les mucosités deviennent très-reconnaissables. Dans l'épidémie cholérique, on voyait rendre par la bouche et

par l'anus, souvent en un très-court espace de temps, une proportion considérable (souvent plusieurs litres en vingt-quatre heures) de matières aqueuses, transparentes, albumineuses; ces liquides contenaient de petits grumeaux blanchâtres très-analogues à des fragments de riz que l'on aurait fait cuire. Les analyses que l'on a faites de cette substance ont démontré qu'elle avait, comme composition, une grande analogie avec le sérum du sang ou avec la sérosité de l'hydropéritonie. J'ai observé depuis, et même dans ces derniers temps, des évacuations du même genre, et cela s'est rencontré chez des individus dont l'intestin présenta, lors de la nécroscopie, des vésicules analogues à celles dont il vient d'être parlé.

8053. A l'inspection, lorsque la perte de liquide a duré depuis quelque temps, les parois du ventre, au lieu d'être convexes, sont déprimées, rétractées, et forment une sorte de cavité. Les bords irréguliers de celles-ci sont représentés par les parois du thorax et par le rebord pelvien. On voit un plan incliné très-marqué commencer à l'épigastre et se rendre vers l'ombilic, alors plus déclive que les autres parties de la paroi abdominale. Une telle disposition est due à l'absence de gaz angibrômiques; car la quantité de liquides accumulés dans le conduit est loin de pouvoir remplacer la masse de fluides élastiques qui d'ordinaire s'y rencontre.

Palpation et pression.

8054. La palpation de l'abdomen, lorsque les intestins contiennent une grande quantité de liquide sécrété, donne à la main une sensation de mollesse et de défaut d'élasticité en rapport avec l'absence des gaz. Lorsque ceux-ci se trouvent dans le tube digestif en même temps que des liquides, on y rencontre le clapotement, le gargouillement en rapport avec une telle disposition anatomique.

Plessimétrie.

8055. Quand, dans l'angibrômorrhée, il y a un mélange de sérosités ou de mucosités et de gaz, on entend, à l'occasion de la plessimétrie et sur les points où se trouvent ces deux espèces de fluides, le bruit hydraérique. Quand on varie la position du malade, le son mat est obtenu sur le point déclive où s'accumulent les liquides. Ceci a particulièrement lieu : pour les colons ascendants et descendants, pour l'S iliaque et pour le cœcum. A une époque avancée de l'entérorrhée cholérique ou autre, alors que tous les gaz abdominaux sont évacués, on trouve un son mat et une légère ré-

sistance au doigt. Cela a lieu dans les parties du tube où il n'y a que des liquides ; ou même dans l'angibrôme tout entier. Ces caractères, appréciables dans le choléra, étaient d'un grand secours lors de cette épidémie, soit comme diagnostic ou comme pronostic, soit sous le rapport des indications thérapeutiques. Dans les cas d'entérorrhée où les gaz abdominaux sont évacués et où les intestins contiennent seulement des liquides, le foie et le cœur, à cause du moindre volume du ventre, sont abaissés et les poumons (alors qu'ils sont sains) donnent un son très-clair à la plessimétrie ; l'anémie, conséquence de l'angibrômorrhée portée très-loin, est cause aussi que la percussion ne fait trouver aux organes cardiaque et hépatique qu'un petit volume.

Symptomatologie.

8056. Il faut d'abord distinguer avec soin les symptômes d l'angibrômorrhée elle-même de ceux qui sont en rapport avec le états pathologiques coïncidents. En général, on n'a pas procédé d cette façon ; de là une extrême confusion, soit dans l'étude des acci dents consécutifs aux écoulements muqueux de l'angibrôme, so dans l'exposé des phénomènes en rapport avec d'autres lésions con comitantes. Voici les symptômes spéciaux qui appartiennent aux an gibrômorrhées.

8057. Après des accidents fébriles (et cela dans les cas o l'écoulement muqueux est la conséquence de l'altération du san par quelque agent toxique), après l'action de quelque substan qui altère directement le tube digestif (comme cela arrive lors c l'emploi des purgatifs ou lors des suites de certaines indigestions, e peut-être consécutivement à l'usage des eaux de Paris), après e core diverses lésions organiques du tube digestif, il se déclare d selles ou des vomissements plus ou moins nombreux, abondants réitérés (1). Ces évacuations consistent dans des matières semblabl à celles dont il a été parlé (n° 8052). Dans le choléra, les vomiss

(1) Il est un fait sur lequel il est bon d'insister. Presque toujours les matiè liquides éveillent bien plus fréquemment que les solides le besoin de la défécati Cela tient peut-être en partie à ce que les premières contiennent des substances p irritantes que les seconds. Mais il y a une raison tout à fait matérielle de c différence. Les fèces solides touchent seulement les points les plus saillants d surface angibrômique, tandis que les liquides pénétrant entre les papilles, les losités ou les valvules, sont en contact avec presque toute l'étendue de la m brane muqueuse entérique et doivent ainsi l'exciter davantage.

nts de semblables substances sont fréquents et souvent précédés · des déjections bilieuses. Quand les évacuations sont modérées, ·n résulte peu d'accidents ; mais il n'en est plus ainsi alors elles sont fort abondantes, et que venant à se prolonger, le malade en même temps soumis à une abstinence rigoureuse; des symp-ıes généraux d'anémie, ou même d'anhydrémie, se dessinent avec gravité plus ou moins grande, les évacuations intestinales épui-t comme le font les saignées. Une angibrômorrhée simple, mais ndante, persistant deux ou trois jours, donne une sensation d'af-lissement réel. La perte de liquides est-elle plus considérable ore? Le pouls devient petit et accéléré, les veines se vident, et pâleur est parfois extrême. Ceci a lieu lorsque le malade répare, aide des boissons, la quantité de sérosité du sang qu'il perdait cha-jour. C'est alors l'anémie ou l'hydrémie qui coexiste (voyez ces cles dans le troisième volume). Arrive-t-il qu'en un espace de temps -court d'énormes évacuations aqueuses ont lieu par le tube diges-alors le sérum du sang est en grande partie perdu ; il n'est pas placé pas les boissons, car l'absorption se fait mal; l'albumine et sels que d'ordinaire il contient ne se réparent pas; après un temps s ou moins long, il reste presque exclusivement du cruor que son isseur empêche de circuler facilement. De là, une lenteur extrême s le cours du sang; de là, un défaut d'hématose dans le poumon, coloration noire du sang, une teinte violacée des capillaires, lèvres, de la face, des extrémités ; de là, le défaut d'exhalations anée et urinaire, le refroidissement. C'est de cette façon que se laraient tous les phénomènes de l'anhydrémie dans la funeste épi-ııie de 1832, et qu'ils ont encore lieu dans quelques cas où l'enté-rhée étant très-abondante, marche avec beaucoup de promptitude yez l'article Anhydrémie). Lorsque l'écoulement gastrentérique médiocre et que le malade continue à prendre des aliments, l'a-ıie est bien plus lente à se déclarer ou même n'a pas lieu. On ne rait croire combien il faut tenir compte de tels faits dans le trai-ent des maladies en général. Ce sont eux qui expliquent comment fait que des empiriques ont manœuvré si audacieusement des gatifs en même temps qu'ils nourrissaient, sans qu'il en soit tou-rs résulté autant d'inconvénients qu'on aurait pu le craindre.

058. Dans l'entérorrhée qui accompagne l'entérite septicémi-, ou encore les entérelcosies phymiques (ulcérations tubercu-ses de l'intestin), des considérations analogues aux précédentes

sont applicables. Une foule de malades atteints de ces affections son épuisés par la perte de liquides dont l'angibrôme est la source. Il périssent de l'anémie avant que la lésion organique ait pu guérir, e dans de tels cas l'administration suffisante d'aliments pourrait pro longer la vie et donner parfois au mal le temps nécessaire pour qu la cicatrisation se fasse.

8059. Il est à peu près impossible de tracer un tableau exa des nombreux états organopathologiques qui peuvent se succéd dans les angibrômorrhées. Rien de plus variable en effet que l circonstances dont elles sont accompagnées ou dont elles consti tuent les causes ou les symptômes. Les douleurs qui se déclarent pa fois dans de tels cas ne tiennent pas à la sécrétion augmentée; ma elles sont en rapport : avec les contractions de l'estomac et de l'in testin destinées à procurer l'évacuation, ou avec la distension l'angibrôme par les liquides, ou enfin avec des états organopathol giques coïncidents. Les douleurs dues aux contractions sont mome tanées et intermittentes comme elles. Les autres souffrances dont vient d'être parlé sont continues et ne se manifestent pas, ainsi q les précédentes, sous forme de *coliques*.

8060. Dans l'angibrômorrhée, la péristole de l'estomac, l mouvements péristaltiques des intestins, sont plus ou moins rép tés. Souvent, quand le mal a duré, l'angibrôme se resserre sur l liquides qu'il contient, comme on voit la vessie longtemps distend par l'urine se retracter et revenir sur elle-même.

8061. A l'état aigu, la digestion ne se fait pas dans les portio du tube digestif atteintes de l'hypercrinie. A mesure que les alimen y arrivent, ils sont expulsés avec les attributs qu'ils avaient lors leur abord sur la partie affectée; de là, s'il s'agit de l'estomac, rejet de la nourriture dans l'état où elle pénètre dans le viscère; de s'il s'agit de l'intestin, l'évacuation par l'anus de chyme dans lequ certaines substances végétales sont reconnaissables. C'est à des sym tômes de ce genre que les auteurs ont donné le nom de *lienterie* (1

8062. Il est fort important de remarquer que l'hypercrinie d'u portion de l'intestin n'empêche pas toujours que la digestion se fa dans les autres points de l'angibrôme; il est donc possible de no rir dans certains cas où des selles séro-muqueuses ont lieu. Lorsq celles-ci ont en effet leur source dans les parties les plus basses

(1) De λεῖος, poli. On supposait que la surface des intestins était tellement g sante qu'elle laissait passer les aliments avant qu'ils fussent digérés.

estin grêle ou dans les gros intestins, les organes situés au-des- peuvent être le siége du travail digestif et de l'absorption du qui en est la conséquence. L'appétit est rarement conservé les cas aigus; tout au contraire il est souvent très-développé at chronique; la soif dans l'angibrômorrhée est souvent vive, et ialades sont fréquemment très-sensibles au froid. La langue e point en général d'aspect en rapport avec l'affection dont il .

Pronostic, durée, terminaison.

63. Telle est l'histoire générale des flux muqueux et séreux l'angibrôme est souvent le siége; états pathologiques qui peu- se terminer d'une façon prompte et funeste, ou être suivis tour à la santé, ou qui parcourent leurs périodes avec beau- de lenteur. La mort à laquelle ils donnent lieu est le plus sou- celle qui suit l'anémie, l'hydrémie ou l'anhydrémie, et parfois st précédée, à l'état chronique, d'une exténuation remarquable ilade. Du reste, le pronostic varie ici : en raison des états orga- hologiques divers qui causent et entretiennent le mal; en rai- e la nature des agents toxiques qui ont donné lieu à l'écoule- séro-muqueux; en raison enfin du degré auquel ont été portées rtes du sérum et du degré de promptitude avec lequel ces per- sont effectuées.

Diagnostic.

34. Les tableaux précédemment tracés de la biorganographie la symptomatologie dans les angibrômorrhées sont les seuls its du diagnostic. Le point important relatif à celui-ci consiste r s'il s'agit d'une simple entérorrhée ou d'une gastrentérite. stion est souvent fort douteuse et est loin de pouvoir être tou- résolue au lit du malade. Bientôt nous allons rechercher à oint ou peut on non considérer telle ou telle gastrentérorrhée étant de nature phlegmasique. Contentons-nous de faire la ue suivante: dans les cas où il n'y a pas de douleurs vives du développées, soit spontanément, soit par la pression; lors- y a ni chaleur à la peau, ni accélération du pouls, les évacua- ro-muqueuses, survenues par la bouche ou l'anus, ne peuvent atiquement être considérées comme étant de nature in- toire; elles doivent être alors envisagées sous le rapport du ent comme de simples angibrômorrhées; il faudra toutefois

observer avec soin les phénomènes, et, dans le doute, se comporte[r] avec beaucoup de prudence; employer seulement des moyens qui n[e] seraient pas contraires à un état phlegmasique et modifier les méd[i]cations en raison des effets qu'elles produiraient.

Étiologie. Pathogénie.

8065. Quel est l'état organique qui donne lieu à l'écoulement d[e] liquides séreux et muqueux par le tube digestif? Cette question e[st] fort difficile à résoudre. On ignore en général à quoi tient directe[-]ment une augmentation dans la sécrétion d'une partie. *Il est possib[le]* que, sous une influence nerveuse, ou que par suite de la diminution d[e] cette influence, il y ait des dilatations dans les orifices exhalants, et d[e] là hypercrinie; *il se peut* que certaines modifications de structu[re] locale, et tenant à l'état des organes et des vaisseaux eux-même[s] donnent lieu à une activité anomale dans la sécrétion ; *il peut arriv[er]* que cela soit ou non accompagné d'hypérémie et que l'action de d[i]verses substances décide ce surcroît d'activité; mais tout ceci, *bi[en] que très-probable* dans certains cas, est loin d'être démontré. L[es] faits anatomiques manquent ici, les recherches microscopiques n'o[nt] rien appris sur ce sujet, et les données physiologiques qui s'y ra[p]portent n'ont rien de ce positivisme expérimental qui peut rend[re] raison de tous les faits.

Documents physiologiques dont il faut tenir compte dans la pathogénie de l'[an]gibrômorrhée.

8066. Toutefois c'est encore dans les expérimentations de [ce] genre qu'on doit chercher la solution de quelques phénomènes d'[hy]percrinie. Il ne faut pas surtout oublier les documents suivan[ts]: 1° les injections de liquides dans les artères et l'addition d'eau [au] sang, décident des exhalations sur les surfaces auxquelles elles p[or]tent leurs rameaux. 2° La soustraction du sérum arrête ou du mo[ins] suspend les sécrétions. 3° L'évaporation par une surface décide [la] diminution d'exhalation dans les autres appareils excréteurs. 4° C[er]taines substances portées dans le sang augmentent dans tel ou [tel] appareil le dépôt de liquides, et l'on voit divers purgatifs absor[bés] porter un tel effet sur le tube digestif. 5° Il est des excitants qui, [ap]pliqués localement sur la peau ou sur l'angibrôme, y augmen[tent] brusquement la proportion des fluides formés dans un temps don[né]. 6° On voit certaines congestions provoquées donner lieu immé[dia]tement à des flux séreux ou muqueux. 7° Ailleurs, au contraire, [les] ligatures de veines, les stases survenues dans la circulation phl[é-]

e, décident aussi des transsudations aqueuses à la surface des tissus
nt les vaisseaux correspondent à de telles stases, etc. Certes, voici
n des documents propres à éclairer l'histoire des angibrômorrhées;
is on ne peut les appliquer d'une manière générale, et ils ne doi-
it servir qu'à l'interprétation des faits particuliers qui peuvent
présenter.

L'hydrémie favorise-t-elle les angibrômorrhées?

067. On pense en général que l'hydrémie favorise les évacuations
o-muqueuses de l'intestin. Cela n'a pas le moins du monde lieu
ns l'hydrémie des jeunes filles (chlorose); mais à la suite de ma-
ies lentes, et lorsque les proportions du sérum sont très-consi-
rables par rapport à celles du cruor, il semble qu'un tel état du
ng favorise les évacuations séreuses par l'intestin : c'est au moins
que l'on est porté à croire pour les convalescents de certaines
érelcosies septicémiques dans lesquelles la diarrhée persiste indé-
ment et se dissipe souvent à la suite de l'alimentation. Il faut
uer encore que bien plus souvent chez les hommes robustes on
erve l'entérite que l'entérorrhée, tandis que chez les gens affai-
et dont le sang paraît peu riche, on voit plus ordinairement une
érorrhée qu'une entérite.

Beaucoup d'angibrômorrhées ne sont pas des phlegmasies.

068. Souvent, sous l'influence, soit d'altérations générales de
irculation, soit d'un exercice porté loin, soit encore d'une cha-
humide de l'atmosphère, etc., la peau se couvre de sueur, et
sans que l'on voie, le moins du monde, se déclarer un état
gmasique de la peau. Des conditions du même genre déter-
ent-elles de semblables effets sur l'intestin? cela est très-probable.
ut même se rappeler que certains individus éprouvent une en-
rrhée toutes les fois qu'ils sont exposés au refroidissement des
s. Dans l'agonie, il se manifeste souvent encore des selles liqui-
très-abondantes dont la source pourrait bien ne pas différer des
onstances auxquelles sont dues les sueurs froides des mourants
stase du sang veineux et la faiblesse de la circulation cardiaque).

069. Dans tous ces cas, le dépôt de liquides à la surface de
gibrôme n'est certainement pas le résultat d'une inflammation
le; l'anatomie pathologique est entièrement d'accord avec cette
, car on ne trouve souvent ni rougeur ni altération de tissu dans
ntestins affectés. D'ailleurs on n'observe alors, pendant la vie,
louleurs locales, ni accidents généraux en rapport avec un état

phlegmasique. Certes, l'entérite cause bien des écoulements muqueux, certes elle peut être suivie d'entérorrhée; mais ce serait détourner entièrement les mots de leur véritable sens, ce serait considérer comme phlogoses des lésions qui en sont dissemblables sous le rapport de la pathogénie et des indications thérapeutiques, que de regarder la plupart des angibrômorrhées comme des angibrômites.

L'angibrômorrhée cholérique était-elle de nature inflammatoire?

8070. On s'est beaucoup préoccupé et avec raison de la question de savoir si l'angibrômorrhée qui se manifestait dans le choléra épidémique était ou non la conséquence d'un état inflammatoire. Les uns ont soutenu l'affirmative, les autres la négative. Et voici ce qu'ont remarqué ces derniers : 1° la teinte rosée dont il a été parlé (n° 8049) diffère notablement des rougeurs inflammatoires, et n'offre pas les caractères des gastrentérites généralement reconnues comme phlegmasiques; 2° cette teinte *hortensia* était peut-être due à la même cause qui déterminait ailleurs des colorations violacées, c'est-à-dire à l'anhydrémie; 3° enfin les douleurs abdominales dans le choléra sont bien moins aiguës et moins prononcées qu'on ne l'avait dit d'abord. Pour nous, d'après les faits que nous avons recueillis, d'après les raisons précédemment énoncées, d'après aussi la marche des symptômes qui se succédaient, la gastrentéropathie observée dans le choléra était due à une congestion en rapport avec l'influence d'un agent toxique. Ce poison, altérant d'abord le sang, portait ultérieurement son influence sur le tube digestif, y donnait lieu à une injection qui elle-même était suivie de l'hypercrinie dont il a été parlé.

Théorie de l'éruption psorentérique de M. Serres.

8071. On ne sait au juste à quoi sont dues les vésicules miliaires et séreuses que la membrane muqueuse de l'angibrôme présente dans le choléra épidémique et dans quelques autres entérorrhées (n° 8047); ces vésicules sont trop superficiellement placées pour pouvoir être considérées comme des cryptes muqueux. Tout porte à croire que l'épithélium et que la couche la plus superficielle de la membrane interne sont soulevés dans ce cas, par le produit de l'hypercrinie déposé au-dessous d'elle. Le phénomène ne différerait point dans cette hypothèse, de ce qui a lieu pour la peau, lorsque des vésicules séreuses dites *hydroa* ou *sudamina* viennent à s'y former.

Comment les angibrômorrhées causent l'anhydrémie.

8072. Les raisons qui font, dans les angibrômorrhées, que le sang éprouve une grande déperdition de sérosité (anhydrémie), ou que se

propriétés nutritives diminuent (anémie); ces raisons, dis-je, sont si évidentes qu'à peine est-il utile de les exposer. En effet, le sérum, les matériaux constitutifs du sang, sont les sources des fluides sécrétés par l'angibrôme, comme aussi de tous les autres liquides exhalés; or, il est impossible que le sang perde de ses matériaux ou de sa sérosité sans devenir moins riche ou plus épais. L'alimentation ou l'absorption du chyle et des boissons pourraient réparer ces pertes; mais quand l'angibrômorrhée est très-aiguë, ces actions s'exécutent trop imparfaitement et trop lentement pour pouvoir remplacer les proportions de sérum ou de cruor perdues.

Thérapeutique.

8073. Si nous considérons les traitements variés proposés ou employés pour remédier aux symptômes complexes étudiés d'une manière collective sous le nom de diarrhée, de choléra, de vomissements muqueux, glaireux, etc., nous trouvons une telle confusion de remèdes, nous rencontrons des traitements si opposés, qu'en vérité il y a de quoi en éprouver un entier découragement. On est alors jeté dans ce doute déplorable qui donne lieu au scepticisme le plus absolu. Saignées générales et locales, émétiques et purgatifs, astringents et toniques, etc., tout cela a été souvent employé sans qu'on se soit occupé des cas particuliers où chacun de ces moyens convient. Voyez, par exemple, s'il y a jamais eu dans la science quelque chose de plus déplorable que ces luttes acharnées qui, du temps du choléra, s'élevèrent entre les partisans des évacuations sanguines et de la glace préconisées par Broussais et les médecins qui, à l'exemple de M. Magendie, employèrent les toniques et le punch comme méthode générale! Il est impossible que de tels débats n'aient pas lieu quand on confond entre elles, sous le nom d'une maladie unique, les circonstances les plus dissemblables. Si l'on avait bien voulu voir que les gens atteints du choléra éprouvaient des états organopathologiques très-divers, et dont le nombre comme les degrés variaient infiniment d'un individu à un autre, on aurait vu aussi qu'une méthode générale ne convenait pas à toutes ces collections de symptômes, et qu'il pouvait se trouver des circonstances où telle médication était applicable, tandis qu'il en était d'autres dans lesquelles un traitement opposé était utile.

8074. Nous indiquerons seulement ici le traitement convenable, suivant nous, contre l'angibrômorrhée elle-même, et nous renverrons aux autres parties de cet ouvrage pour les médications en rapport

avec les autres états organopathologiques susceptibles de s'y joindre.

Abstinence des boissons. — Étuves sèches. — Vésicatoires.

8075. Le premier des moyens qui se présente à l'esprit pour combattre les écoulements muqueux du tube digestif, est de priver le malade de boissons et de le soumettre à l'évaporation par les surfaces pulmonaire et cutanée, à l'aide d'étuves où l'air soit sec et élevé en température. Des frictions sur la peau, des vésicatoires appliqués sur de larges surfaces, exercent encore une action du même genre. S'il existait même de véritables diurétiques, autres que l'eau, ils produiraient aussi les effets que l'on recherche dans les médications précédentes; c'est-à-dire que diminuant la quantité du sérum contenu dans le sang, ils rendraient plus difficiles le dépôt de sérosité sur la membrane muqueuse angibrômique. Or, ce point de vue théorique (bien plus acceptable que les explications fondées sur la dérivation et la révulsion) est pour moi consacré par des faits cliniques. Des malades en assez grand nombre qui étaient atteints d'entérorrhée plus ou moins ancienne, et entretenue par des causes organiques variées, ont vu brusquement les selles diminuer sous l'influence de l'abstinence des boissons, de frictions chaudes sur la peau et de bains de vapeur qui provoquaient une exhalation cutanée abondante. Je n'ai malheureusement pas eu la possibilité, faute d'un établissement convenable, de soumettre ces mêmes malades *à l'action d'un air sec et chaud*. L'administration des néothermes, dirigée actuellement par un homme aussi intelligent que zélé pour le bien du service dont il est chargé, m'a promis de faire exécuter des appareils tels que je les ai depuis longtemps conçus, et qui seront plus utiles encore dans la bronchorrhée.

8076. Les moyens précédents, tout en calmant l'écoulement séreux ou muqueux, ne l'arrêtent pas entièrement, parce qu'ils ne s'opposent point aux altérations anatomiques qui les causent. De plus encore, dans les cas aigus et pour peu qu'il y ait quelque tendance à l'anhydrémie, la suppression des boissons aurait l'énorme inconvénient d'augmenter l'état général du sang, plus grave lui-même que l'angibrômorrhée. Les conséquences de tout ceci sont que l'on peut employer la suppression des boissons et les évacuations des liquides par la peau, toutes les fois que dans les écoulements séro-muqueux de l'angibrôme il n'y a pas d'anhydrémie, et que ces moyens sont surtout indiqués alors que le sang contient proportionnément une grande quantité de liquides.

Boissons.

8077. L'usage des boissons aqueuses dans l'angibrômorrhée est utile, quand elle est la conséquence d'un état inflammatoire. Il devient tout à fait indispensable, lorsqu'il y a tendance à l'anhydrémie, ou lorsque celle-ci existe déjà. Malheureusement, lorsque le défaut de sérum du sang est porté très-loin, l'absorption de l'eau dans les tissus est très-difficile parce que la circulation se fait avec une extrême lenteur; aussi doit-on chercher à porter de la sérosité dans le sang par toutes les voies possibles : 1° par les injections dans le rectum; 2° par les bains; 3° par les vapeurs aqueuses que l'on fait respirer; 4° enfin on peut même tenter, dans les cas extrêmes, les injections d'eau dans les veines. (Voyez pour plus de détails l'histoire de l'Anhydrémie dans le III[e] volume.)

8078. La température des boissons données dans l'angibrômorrhée sera en général plutôt froide ou fraîche (de 0 à 5 ou 10+0) à cause de l'astringence qui en résulte, ou encore chaude (de 20 à 35 ou 40) à cause de la tendance à la sueur dont l'ingestion de l'eau est alors suivie, que tiède (de 10 à 15), attendu qu'à cette température l'eau relâche et ramollit les tissus et favorise l'écoulement des liquides.

Médicaments.

8079. Une foule de médicaments ont été proposés ou employés pour remédier à l'angibrômorrhée. 1° D'abord on a ajouté aux boissons des fécules (décoction de riz, de pain, d'orge, de sagou, de salep, etc.), substances qui n'ont peut-être aucune action. Ces tisanes n'agissent probablement que par l'eau qui les tient en suspension, et conviennent seulement dans les cas où il y a coexistence d'un état inflammatoire. 2° On a recours aussi à des substances dites astringentes, auxquelles on suppose la propriété de resserrer les vaisseaux; de ce nombre sont : 1° les acides étendus d'eau qui sont rarement prescrits; 2° le tanin et les écorces qui en contiennent, ce qui ne doit pas être employé quand il y a quelque crainte de l'existence d'un état phlegmasique; 3° quelques sels, tels que le phosphate de chaux porphyrisé qui entre dans la composition de la décoction blanche de Sydenham (1). Cette préparation est souvent efficace dans les

(1) Mie de pain blanc, 15 grammes.
Phosphate de chaux porphyrisé, 15 grammes.
Eau distillée 1 kilogramme; f. s. a. une décoction; passez.
Sirop de fleur d'oranger, 100 grammes.
On peut ajouter à cette décoction un grain d'extrait aqueux d'opium ou trente grammes de sirop diacode.

entérorrhées inflammatoires, surtout lorsqu'on la donne à de petites doses répétées; 4° le sous-nitrate de bismuth, qui, donné à la dose de soixante-quinze centigrammes à un gramme et plus, m'a paru avoir quelque efficacité, etc. En général, la glace administrée par la bouche dans la gastrorrhée ou l'eau à 0, dans les entérorrhées, m'ont paru être quelquefois des astringents par excellence. L'alun, le sang-dragon et plusieurs autres substances analogues ne doivent être administrés qu'avec prudence, en tenant compte surtout de l'état phlegmasique possible du tube digestif. On a proposé, dans les cas d'angibrômorrhée rebelle, l'emploi du nitrate d'argent en dissolution et à doses très-faibles. On conçoit qu'un tel moyen ne doit être employé que dans des cas extrêmes et avec les plus grandes précautions.

Purgatifs, excitants.

8080. Les purgatifs peuvent, même dans les angibrômorrhées, être parfois utilement employés. C'est dans les cas où les malades n'étant en rien anémiques ou anhydrémiques, on trouve dans le tube digestif une grande quantité de sérosité ou de matières accumulées (n°s 7370 et 7425); on conçoit même que, dans certaines circonstances, des drastiques et même des excitants énergiques, tels que le vin généreux ou le punch, portés dans l'angibrôme atteint d'hypercrinie, puissent brusquement modifier la membrane muqueuse et arrêter ainsi l'écoulement qui y avait son siége. On a dit que, dans de tels cas, il s'opérait une révulsion; d'autres ont admis que *l'irritation*, étant portée à un plus haut degré, *arrêtait la sécrétion;* d'autres encore verraient en ceci une action homœopathique. Mais pour ne pas sortir des limites de l'observation, il faut mettre de côté ces théories et s'en tenir aux faits qui viennent d'être établis.

Albumine.

8081. Il est deux médicaments qui m'ont paru avoir dans l'angibrômorrhée une grande efficacité.

8082. L'un est l'albumine en dissolution, qui a été proposée contre la dysenterie. Cette substance, administrée à la dose de 30 grammes pour 100 grammes d'eau édulcorée avec un sirop agréable au goût, a été donnée, dans ma pratique, par quart de verrée ou par demi-verrée, toutes les demi-heures ou même plus fréquemment. J'ai vu souvent, sous l'influence de ce remède, l'entérorrhée qui durait depuis plusieurs jours et qui même était entretenue par des entérelcosies, diminuer ou s'arrêter promptement. Ces faits pratiques

sont tout à fait d'accord avec les considérations théoriques suivantes : L'albumine non altérée est une substance innocente très-analogue à nos tissus et qui ne peut que leur être salutaire ; constituant une partie des matériaux du sérum, elle peut être utile ; soluble comme elle l'est, il est possible que, dans des cas d'anhydrémie, elle soit absorbée en nature. Enfin l'albumine est un aliment, et, sous ce rapport, elle peut encore contribuer à réparer les pertes qui ne sont que trop abondantes dans les angibrômorrhées. Il ne faut pas oublier, lorsqu'on prescrit l'albumine, de la faire dissoudre à froid ; car à une température élevée elle ne manquerait pas de se coaguler.

Thériaque, diascordium, opium.

8083. L'autre médicament dont nous voulons de parler est la thériaque, qui a une efficacité réelle dans les écoulements muqueux et chroniques de l'intestin, et qui réussit même à les tarir, alors qu'ils ne sont pas entretenus par des ulcérations, ou de profondes altérations de nutrition. J'ai vu certains malades chez lesquels existait, depuis quinze jours et même depuis plusieurs mois, une diarrhée considérable et qui cessaient d'en avoir le lendemain du jour où quatre grammes de thériaque avaient été donnés le matin, à midi et le soir (1). Le diascordium, qu'on administre dans les mêmes cas et aux mêmes doses, a paru en général être de beaucoup moins actif. On pense que c'est l'opium contenu dans ces médicaments qui produit de tels résultats ; mais j'ai donné des doses plus fortes de ce remède dans de semblables cas, sans obtenir les mêmes effets, et j'en dirai autant de plusieurs autres narcotiques.

8084. Comment de tels médicaments agissent-ils pour mettre un terme aux hypercrinies de l'angibrôme? Certes il est difficile de le dire. Il faut bien prendre garde de confondre ici deux choses : 1° l'arrêt véritable de la sécrétion (et il est parfois douteux que cet arrêt ait lieu sous l'influence de l'opium, de la thériaque, etc.) ; 2° la suspension des selles, bien que la formation de la sérosité continue, et c'est là en effet ce qui arrive souvent. Il m'est arrivé, à la suite de l'emploi de ces moyens, de trouver par la plessimétrie une grande quantité de liquides accumulée dans l'intestin, tandis que les évacutions alvines étaient suspendues. Le lendemain, celles-ci reparaissaient avec une extrême intensité. Toujours est-il que, dans les cas chroniques d'angibrômorrhées, il peut être souvent utile d'avoir

(1) Il est vrai que je soumettais en même temps les malades à un régime animal et à l'abstinence des boissons.

recours à l'emploi des moyens précédents ; mais, pour savoir à quoi s'en tenir relativement à leurs effets, il est indispensable d'étudier l'état des intestins, à l'effet de savoir s'ils sont vides, ou bien s'ils sont remplis de liquides.

Application à l'extérieur de la glace pilée ; compression de l'aorte.

8085. Récemment j'ai été assez heureux, chez un grand nombre de malades, pour tirer un très-grand parti de l'application sur la paroi abdominale de la glace pilée. Les raisons qui m'ont conduit à cette médication sont les suivantes. Les sécrétions ne peuvent avoir lieu qu'aux dépens du sang qu'apportent les artères, et les intestins reçoivent les leurs de l'aorte ; d'un autre côté, un ralentissement de la circulation est en général la conséquence d'une diminution notable de température ; donc, si l'on applique des corps froids sur les points du ventre qui correspondent à l'aorte, ou aux artères qui se rendent aux intestins, peut-être diminuera-t-on l'écoulement qui a lieu dans ces derniers. La pratique a répondu favorablement à cette théorie, et j'ai arrêté ou modéré ainsi, même dans les entérophymies (tubercules intestinaux) et dans des entérelcosies septicémiques (ulcérations des glandes de Peyer dans la fièvre dite typhoïde), des flux de liquides extrêmement abondants. J'ai la conviction que plusieurs malades ont échappé par cette médication à l'anhydrémie et à la mort. Dans la même vue aussi, on pourrait chercher, chez des sujets amaigris, à comprimer l'aorte le plus haut possible.

Régime.

8086. En général, l'angibrômorrhée n'exige pas l'abstinence. Tout au contraire, si la perte de liquide est portée assez loin pour causer l'anémie, les aliments réparateurs peuvent être utiles. Ce sont les effets journaliers de l'administration de la nourriture qui doivent conduire à la permettre ou à la suspendre. On évitera surtout les aliments qui, tels que le veau, les végétaux herbacés, etc., favorisent les évacuations muqueuses de l'intestin. On défendra en général le lait et le petit-lait.

Utilité du lait dans les angibrômorrhées de la première enfance.

8087. L'angibrômorrhée qui survient dans les deux premières années de la vie est une exception à cette dernière règle. Le lait est la nourriture la meilleure à ces âges. Très-souvent la diarrhée que l'on observe alors est en rapport avec une alimentation que les organes de l'enfant digèrent mal ; s'il arrive qu'on lui donne du lait

pour seul aliment, ce liquide est complétement chymifié, et les accidents cessent de se déclarer. Il m'est arrivé maintes fois de remédier par ce seul régime à des entérorrhées anciennes qui avaient conduit les enfants à un état d'anémie et de marasme voisin d'une terminaison funeste. J'ai parfois, dans ces cas, tenté quelques médicaments, mais ailleurs, j'ai seulement prescrit ce régime, et certes je puis dire que c'est à la diète lactée seule que j'ai dû les succès qui ont été parfois bien remarquables (n° 7660). Il est des cas exceptionnels où le lait réussit aussi chez les adultes, mais cela est rare, et un tel régime ne doit être prescrit dans l'angibrômorrhée qu'avec prudence et en observant bien, et chaque jour, s'il réussit ou non.

8088. Ici, comme dans tant d'autres affections, le changement de lieu, la respiration d'un air pur, l'exercice à pied, quand les forces du malade permettent de s'y livrer, sont des moyens puissants et très-propres à seconder l'effet des autres médications.

CHAPITRE XVII.

ANGIBRÔM	ELCIES (1)—ulcérations	DU TUBE DIGESTIF.
STOMATO	PHYMIES—tubercules	DE LA BOUCHE.
PHARYNGO	CARCINIES—cancers	DU PHARYNX.
GASTRO	SYPHILIDIES—syphilides	DE L'ESTOMAC.
ENTÉRO		DE L'INTESTIN.

8089. Dans l'intention d'abréger autant que possible l'immense travail que nécessite l'étude des maladies du tube digestif, nous réunirons dans cé chapitre les divers états organopathologiques qui en forment le titre, et nous le ferons d'autant mieux que leurs histoires particulières ont entre elles beaucoup de points de contact.

ANGIBRÔMELCIES.

8090. Les ulcérations du tube digestif sont toujours liées à une autre lésion qui les cause ou les entretient. Un grand nombre d'entre elles sont le résultat d'une lésion physique ou chimique, comme cela a lieu pour les poisons escarrhotiques, ou pour des corps étrangers qui viennent toucher ou dilacérer la membrane muqueuse gastrentérique. On cite, par exemple, des faits dans lesquels une aiguille, un épi de seigle, des corps durs introduits dans le rectum, ont déterminé l'ulcération de la portion correspondante de l'angibrôme. Très-souvent il arrive qu'au-dessus d'une sténosie, les ma-

(1) Par abréviation d'elcosie.

tières qui s'y accumulent et qui franchissent avec peine ce point rétréci, provoquent la rougeur et la destruction de la surface en contact avec ces matières. A la langue, aux lèvres, aux joues, etc., se déclarent fréquemment des ulcérations dont les apparences sont trés-variées. Ces elcosies assez profondes sont très-douloureuses au moindre mouvement, parce que ce mouvement cause des frottements entre les parties ulcérées et les inégalités des surfaces dentaires. Fréquemment encore, on voit à l'anus, soit des écorchures et des fissures auxquelles donne lieu le passage des matières endurcies, soit des ulcérations fistuleuses résultant d'abcès sous-jacents, etc.

8091. Ailleurs, des ulcérations angibrômiques sont causées par une altération générale des liquides accompagnée de phénomènes fébriles. Ceci est vrai, 1° de la petite vérole, dont les pustules buccales et pharyngiennes sont souvent suivies d'ulcérations plus ou moins vastes et en général fort rebelles; 2° de la septicémie, qui détermine si ordinairement les ulcérations des glandes de Peyer ou du colon (n° 7978); 3° de la septicémie hippique (morve), où la bouche et le pharynx sont si fréquemment le siége d'ulcères sanieux, etc.

ANGIBRÔMOPHYMIES.

8092. Il se développe souvent, entre les membranes intestinales et surtout dans les ganglions mésentériques, des tubercules analogues à ceux qui se déclarent dans les poumons. Les caractères anatomiques des phymies dans ces parties ne diffèrent point au fond de ceux qu'elles offrent dans les autres organes (n° 401); leur marche y est la même, et les particularités qu'elles présentent ici ne tiennent qu'à la structure et aux rapports des viscères angibrômiques où ils ont leur siége. Dans les parois intestinales leur ramollissement ne tarde pas à être suivi d'ulcérations à fond grisâtre, à bords coupés à pic et souvent décollés, à circonférence indurée; en un mot, ces phymelcosies offrent les caractères des ulcères tuberculeux en général. Leur nombre est souvent assez considérable, et leur étendue varie de quelques millimètres à plusieurs centimètres. Occupant souvent et le colon et l'iléon, elles présentent une analogie assez marquée avec les ulcérations septicémiques passées à l'état chronique. Rien n'est commun comme de trouver, dans les cas d'ulcérations phymiques de l'angibrôme, les ganglions lymphatiques ou chylifères correspondants atteints de l'affection tuberculeuse. Ceci a lieu dans les ulcères qui, chez les sujets jeunes à circulation lente et débile, se

léclarent autour ou auprès des dents cariées. C'est alors, au-dessous les mâchoires ou au cou, que se développent surtout les *glandes* tuberculeuses dont nous parlons (n° 3669) ; le même fait se voit encore ans les entérelcosies phymiques de l'intestin, et ce sont alors les ganglions mésentériques qui deviennent le siége des productions rumeuses. Ces ganglions tuberculeux se tuméfient parfois considérablement, puis se réunissent en masse et forment des tumeurs bosselées que la main sent distinctement chez certains sujets dont on palpe l'abdomen ; il s'y déclare même parfois des abcès. Il est possible que de telles affections se développent spontanément, et cela indépendamment de toute solution de continuité dans la portion de membrane muqueuse d'où émanent les vaisseaux afférents ; mais cela doit être fort rare. Presque toujours les premières glandes lymphatiques engorgées, puis suppurées, ont correspondu à des elcosies la membrane entérique; les ganglions qui deviennent ultérieurement malades paraissent, dans maintes circonstances, avoir reçu des premières glandes affectées les substances qui les ont altérées. Ces questions, d'ailleurs, ont été assez discutées par nous (n° 3663) pour que nous nous dispensions de les traiter de nouveau.

ENTÉROPHYMIES, MÉSENTÉROPHYMIES, CARREAU.

8093. On désigne ordinairement sous le nom absurde de *carreau* l'affection tuberculeuse des intestins ou du mésentère chez les jeunes sujets. Plus tard, on l'a appelée atrophie mésentérique, dénomination meilleure, sans doute, mais qui n'exprime en rien la nature du mal et son siége intestinal. Si l'on voulait faire, avec les phénomènes anatomiques qui viennent d'être décrits, une maladie particulière, ce serait le mot entérophymie ou mésentérophymie qui conviendrait; mais ce n'est pas là une maladie ayant son existence isolée et sa marche propre, c'est un état organopathologique succédant à un grand nombre d'autres ou coïncidant avec eux, et ce serait un très-grand tort de le considérer autrement.

8094. On voit encore asssez fréquemment, dans le tissu cellulaire qui entoure le rectum, se déclarer des tubercules donnant lieu à des abcès et à des fistules qui ne se guérissent qu'avec peine. Des phymies à l'état miliaire se déclarent aussi dans un assez grand nombre de cas, à la surface de la membrane séreuse intestinale; mais ceci rentre dans l'histoire des phymies péritonéales.

8095. En définitive, presque toujours les tubercules intestinaux et mésentériques sont consécutifs à ceux du poumon ou coexistent

avec eux; aussi observe-t-on les phymies angibrômiques, principalement chez les gens atteints de phthisie pulmonaire, mais encore est-il que le fait n'est pas constant : maintes fois alors que la plessimétrie la mieux exécutée et l'auscultation la plus attentive ne permettent pas de découvrir dans les organes respiratoires des productions tuberculeuses, on voit se dessiner à un très-haut degré les accidents de l'entéro ou de la mésentérophymie. Dans les cas qui ont été rapportés à *phthisie intestinale* ou *mésentérique*, on ne trouve pas toujours, lors de la nécroscopie, des tubercules pulmonaires. Parfois, lorsqu'il en existe, il arrive qu'ils sont évidemment d'une date plus récente que ceux de l'angibrôme.

ANGIBRÔMOCARCINIES.

8096. Presque tous les points de l'angibrôme peuvent être atteints de cancers, et l'on y trouve les diverses variétés désignées sous les noms de squirre, d'encéphaloïde et de mélanose. Ces productions, dans le tube digestif, ne diffèrent point, quant à leur nature intime, de ce qu'elles sont dans les autres parties du corps de l'homme de sorte que nos généralités sur les carcinies (n° 496) sont tout à fait suffisantes pour donner une juste idée des cancers ayant leur siége dans le conduit alimentaire.— Ce sont toujours des ulcération plus ou moins analogues à ces dermelcosies cancéreuses, à fond ardoisé, à bords saillants coupés à pic, à veines circonvoisines dilatées; — ce sont des tumeurs faisant corps avec le tissu cellulaire sous-jacent, envahissant souvent les membranes muqueuses ou musculaires, constituées par un tissu grisâtre, ferme et criant sous le scalpel (scirrhosies) ; — ce sont des productions gris-jaunâtre, d'abord dures, puis molles, lobulées, paraissant végéter, affectant une forme lobulée qui rappelle assez bien la disposition de l'encéphale. Ces tumeurs (encéphaloïdies) forment, dans les tissus ou dans les cavités qu'ils contiennent, des saillies plus ou moins considérables. Ces mêmes tumeurs donnent lieu : soit à des bourrelets autour des orifices ou dans certains points de la sulfate angibrômique; soit à des fongus d'apparence médulluaire. Elles sont souvent le siége d'hémorrhagies fréquentes, à cause de l'oblitération des veines et de la conservation des artères. On trouve encore, quoique rarement, dans le tube digestif, des mélanosies (n° 517) qui tantôt se développent dans l'épaisseur des tissus, et qui d'autres fois forment aussi des tumeurs plus ou moins saillantes à la surface de la membrane angibrômique.

3097. Le siége des carcinies dans le tube digestif est variable. remarque en général qu'elles se manifestent principalement vers orifices ou vers les points de ce conduit qui, dans l'état normal, t les plus étroits. C'est ainsi : que le pylore est très-souvent le ;e de tumeurs encéphaloïdiques ou de squirres; que le pourtour sphincter supérieur du rectum et de la portion de cet intestin la s inférieure en sont fréquemment atteints, et que le cardia pré- :e, dans bien des cas, des cancers cérébriformes; la valvule iléo- :ale fait cependant exception à la règle précédente et en général tumeurs cancéreuses y sont rares. C'est plutôt au-dessus qu'au- sous du rétrécissement nomal, qu'en général les carcinômes pren- t leur plus grand développement. Ce fait est probablement dû à qu'en deçà du lieu plus étroit, il y a présence habituelle et fré- nte de substances et d'aliments irritants qui déterminent des af- de liquides et des contractions douloureuses souvent sans ré- it; tandis qu'au delà, le séjour de ces substances n'ayant pas lieu, auses d'irritation ne sont plus les mêmes. Nous renvoyons, du , à l'étude des angibrômosténosies pour plus de détails.

SYPHILIDIES ANGIBRÔMIQUES.

098. Les syphilidies du tube digestif occupent principalement arties de la membrane muqueuse qui font immédiatement suite téguments. Ce sont aussi là les seules portions de l'angibrôme sées au contact de parties souillées par le virus syphilitique. Les s, la langue, le voile du palais, le pharynx, sont souvent le d'ulcérations ou de papules muqueuses primitives ou secon- s. A la gorge se déclarent, dans bien des cas, certaines phleg- es superficielles qui, plus fréquemment qu'on ne le croit, sont tenues par des elcosies situées trop profondément ou dans des trop sinueux pour qu'on les découvre facilement. Il est, par ple, des rougeurs du voile du palais qui reconnaissent pour s des ulcérations syphilitiques de la face nasale de cette demi- n musculo-membraneuse. Des accidents secondaires, des indu- is profondes autour des ulcères, des tumeurs de la langue plus oins étendues et qu'on prendrait facilement pour squirreuses, veloppent parfois et paraissent tenir à l'action d'une cause *in*-spécifique, ayant agi à des époques antérieures (1).

(1) Dans bien des cas, l'application directe du virus a produit les accidents dont t. Les malades rendent fort mal compte des causes des symptômes qu'ils ent; souvent la honte les empêche d'avouer les contacts impurs auxquels

3099. La partie inférieure du tube digestif, le pourtour de l'anus principalement, sont fréquemment le siége d'ulcérations, de pustules, de végétations, de papules, d'indurations vénériennes contractées souvent d'une manière directe. Ailleurs, de tels accidents paraissent être les résultats d'une ancienne infection syphilitique. Par la même raison que l'on voit se développer, consécutivement à des symptômes vénériens locaux, diverses affections du derme ou des os, il peut s'en déclarer aussi à la marge de l'anus. Des considérations du même genre sont applicables aux parties profondes du rectum, et, bien que l'on soit conduit à penser que certaines indurations syphilitiques, ayant leur siége à plusieurs pouces de hauteur dans le dernier intestin, soient les conséquences d'un contact direct, on ne serait pas le moins du monde fondé à admettre qu'il en soit certainement ainsi sur les malades que l'on serait appelé à soigner. Ces indurations-là ressemblent souvent à celles qui tiennent à une cause cancéreuse. Pour peu que l'on conserve quelques doutes sur leur nature, il vaut mieux se conduire comme s'il s'agissait d'une affection syphilitique et donner de suite un traitement propre à la combattre.

3100. Il est possible, il est même probable que les portions de l'angibrôme étendues depuis le pharynx jusqu'au rectum peuvent aussi être atteintes d'affections syphilitiques; mais il n'y a ici que doutes et incertitudes. Quelques médecins, et notamment M. Andral père, ont cité des observations dans lesquelles un traitement antisyphilitique avait fait cesser ces gastropathies. Certes, ce n'est point là une preuve que les accidents dont il s'agit aient été vénériens, car le traitement employé pouvait aussi faire dissiper des affections gastrentériques non syphilitiques. On ne trouve guère sur le cadavre, dans l'estomac ou dans la profondeur de l'intestin, d'altérations pathologiques analogues aux chancres, aux papules, ou aux autres symptômes vénériens. On a bien vu des tumeurs polypiformes tu[...]

ils se sont exposés vers la bouche ou vers l'extrémité inférieure de l'angibrô[me]. Parfois encore il arrive qu'à leur insu une ulcération de la bouche, de la la[ngue] ou même du pharynx ait été la suite du baiser le plus innocent. Je connais [un] médecin qui contracta de cette sorte une *pustule primitive de la joue* sans avo[ir le] moins du monde communiqué autrement avec la personne infectée. On se rap[pelle] ces observations dans lesquelles des corps étrangers, une plume par exemple, [con]taminés par le virus, communiquèrent des chancres vénériens. Il suffit mêm[e de] l'application sur l'anus excorié de pus syphilitique qui aurait sali un vase de[stiné] à recevoir les fèces, pour donner lieu sur ce point à des accidents syphilitiqu[es].

nbreuses (et Rullier a présenté à l'Académie un cas de ce genre); is on n'a même pas eu la pensée de rattacher à la syphilis de tel- lésions. Quelques ulcères de l'estomac ou des intestins, quelques ieurs formant des rétrécissements de ces parties, pourraient bien rigueur présenter un tel caractère, mais enfin rien n'est moins stalé que ce fait et jusqu'à présent c'est seulement sur des logies et sur des probabilités que l'on peut être disposé à l'ad- ttre. (Voyez, dans le troisième volume, l'article destiné à la so- on de cette question : Peut-on admettre l'existence d'une syphi- rnie?)

Biorganographie, inspection.

5101. L'inspection de la bouche, du pharynx, de l'anus et du um permet d'y voir les différentes lésions dont il vient d'être fait ition et qui peuvent y avoir leur siége. Celle de l'abdomen n'est cune utilité, alors qu'il s'agit de simples elcosies et de syphi- es gastrentériques; mais il n'en est plus ainsi pour les phymies ou carcinies angibrômiques. En général, les tubercules mésentéri- en grandes masses altèrent la forme de l'abdomen, qui devient ale et bosselée sur les points où ils existent. Il en arrive ainsi les enfants atteints de mésentérophymie. Alors le ventre est naírement très-volumineux, irrégulièrement arrondi, et dépasse idérablement la hauteur d'une ligne tirée du sternum au pubis. ractère est important comme diagnostic. Quand les carcinômes brômiques ont acquis un grand volume, ils font saillie sur le t de l'abdomen qui leur correspond. Les masses encéphaloïdi- sont surtout dans ce cas.

Palpation.

102. Le toucher de la gorge et de l'anus peut y faire découvrir cosies profondes qui deviennent plus appréciables encore par la ur dont les malades se plaignent alors qu'on presse immédia- it sur les points où elles ont leur siége. Les masses tubercu- s, les indurations, les tumeurs encéphaloïdiques ou scirrho- s, les excroissances syphilitiques, etc., peuvent aussi être re- ues par la palpation. Le toucher de l'abdomen n'y fait pas trou- ans doute les elcosies. Ces ulcérations y donnent seulement lieu is à quelques douleurs, lorsque la palpation à travers les parois e sur les régions qui leur correspondent. Le toucher permet ntir les tumeurs cancéreuses de l'épigastre et celles qui enva- t en même temps l'estomac et le foie, ou encore l'estomac et le

colon, etc. Ce sont là des signes fort importants qui, réunis soit à des vomissements d'aliments ou de chyme, de sang noir ou rouge, soit encore à un faciès spécial, établissent en grande partie le diagnostic des carcinômes gastriques. Les encéphaloïdies donnent surtout lieu à de telles tumeurs. Les scirrhosies sont généralement plus petites. Les unes ou les autres peuvent être fixées au foie, aux organes profonds, ou encore être complétement libres. Leur volume est ordinairement considérable. On les trouve souvent sur des points d l'abdomen éloignés de ceux où habituellement l'estomac se rencontre. La plessimétrie permettant de préciser la place exacte qu'occupent les viscères (et cela à l'aide des sons divers obtenus avant e après l'ingestion ou les injections de liquides), donne les moyens d déterminer nettement les rapports et le siége de semblables tumeur On ne saurait donner trop de soin, dans les gastropathies supposée cancéreuses, à la palpation de l'épigastre.

8103. Des considérations du même genre sont applicables au carcinômes dont les intestins peuvent être le siége, et les célies (tumeurs) plus ou moins considérables qu'ils viennent à former, so reconnues dans bien des cas par le toucher attentif des régions ombili cale, iliaques, etc. Ce sont presque toujours des corps arrondi mobiles ou fixes, que l'on découvre de cette façon. Le plus souven quand il s'agit d'encéphaloïdies, ces corps présentent des bosselure et on ne peut pas les séparer en masses distinctes. Cette dernière ci constance est importante à noter pour distinguer de tels cas de ce dans lesquels il s'agit de matières fécales indurées et accumulées masses globuleuses. Des considérations du même genre sont appl cables aux phymies qui forment des tumeurs plus ou moins cons dérables dans le mésentère et dans les parties circonvoisines. D engorgements de cette nature, volumineux, indurés, offrent parfo à leur centre une fluctuation remarquable en rapport avec un abc Chez les enfants atteints de masses phymiques dans l'abdomen, duretés qu'elles causent, appréciables à la main qui palpe l'abdome sont souvent des indices trop positifs de cette grave affection.

Plessimétrie.

8104. La percussion médiate donne ici des résultats utiles, et c dans des cas analogues à ceux où la palpation en fournit. Ce sont s tout des tumeurs cancéreuses ou tuberculeuses qu'elle permet de connaître. Il faut avouer cependant que ces tumeurs ne sont b appréciées par la plessimétrie, surtout à l'épigastre, que si l

olume est considérable. Petites, comprises dans les parois de estomac, on ne distingue qu'avec peine la très-légère matité qui ur correspond. Quand elles ont l'épaisseur de quelques centimè-es, alors les résultats deviennent positifs ou certains. La percussion édiate pratiquée légèrement et superficiellement fait distinguer les meurs placées sur les portions des parois viscérales en contact ec l'enveloppe abdominale. Ce même moyen exécuté sur le ples-mètre, alors qu'on déprime profondément le tube digestif avec cet strument, fait trouver la matité en rapport avec les tumeurs can-reuses ou tuberculeuses situées au-dessous des intestins ou de l'es-mac remplis de gaz. La plessimétrie fait encore reconnaître: les rap-orts de ces tumeurs avec les organes voisines; leur continuité ou ur contiguité avec ces viscères, et sert à déterminer la partie dans quelle le mal a son siége. Quand il arrive que les masses phymiques carciniques reposent sur des organes creux et remplis de gaz qui séparent de la paroi postérieure de l'abdomen, alors la plessimétrie atiquée avec force sur ces masses permet de constater une semblable position. Ce moyen d'exploration permet encore de dessiner net-nent la forme de la circonférence des tumeurs phymiques ou car-iques de l'angibrôme. De là, quelques applications utiles au dia-ostic de ces affections. On sait, en effet, qu'en général, les pro-ctions encéphaloïdiques sont irrégulièrement bosselées. Leur pour-r offre donc des éminences globuleuses et des enfoncements qui ppellent assez bien la configuration du cerveau et qui ne se ren-ntrent pas dans d'autres affections. Il est encore pratiquement très-e de savoir si une anse d'intestin remplie de gaz est au-devant hétérotrophies dont nous parlons, et la plessimétrie permet constater un tel fait. Terminons en disant que les stases de chyme, matières ou de gaz au-dessus des tumeurs dont il vient d'être lé, sont appréciables par la percussion médiate et qu'il est très-ortant de pouvoir constater la mensuration exacte des carcinies es phymies angibrômiques.

Symptomatologie, douleurs spontanées.

1105. Les elcosies sont loin de causer les mêmes douleurs dans liverses parties de l'angibrôme où elles ont leur siége. Les va-ons que l'on observe à ce sujet sont le plus souvent en rapport la structure des organes qui entrent dans la composition du digestif. Les elcosies de la bouche, surtout lorsqu'elles sont ré-es, lorsqu'une membrane accidentelle ne s'est pas formée à leur

surface, lorsque le tissu qui les présente n'est pas altéré à ce point que sa trame primitive soit détruite où profondément modifiée ; les elcosies de la bouche, dis-je, sont éminemment douloureuses. Les moindres mouvements des muscles, de la langue, des lèvres, etc., exaspèrent ces mêmes douleurs. Les ulcérations du pharynx sont déjà accompagnées de moins de souffrance. Or, ces différences sont déjà en rapport avec la quantité et la variété des nerfs que reçoivent les parties, comme aussi avec la délicatesse de l'organisation des papilles et de la membrane muqueuse. A l'œsophage, les douleurs produites par les ulcérations ne se manifestent guère qu'à l'occasion du passage des aliments. Les ulcérations de l'estomac peuvent être très-douloureuses. Une femme de la Salpêtrière éprouvait, depuis longues années, une sensation très-pénible dans l'hypochondre gauche. Cette souffrance était limitée exactement au point où à la nécroscopie on trouva une large elcosie non cancéreuse de la largeur de la paume de la main et dont le fond était formé par la rate adhérente à l'estomac. Dans un autre cas, au contraire, où il s'agissait d'un jeune homme robuste récemment atteint d'un état fébrile aigu, on trouva à la nécroscopie une ulcération de la grosse extrémité de ce dernier viscère ; un défaut absolu d'appétit avait été le seul trouble de sensation qu'eût éprouvé le malade. Les entérelcosies qui ont leur siége dans l'intestin grêle ne causent presque jamais de douleurs spontanées. C'est ce qu'on observe, soit dans les ulcères symptomatiques de la septicémie, soit dans ceux qui succèdent à des phymies ramollies. Cela s'explique facilement par l'absence de nerfs encéphaliques dans le jéjunum et l'iléon. Lorsque, au contraire, le le cœcum, et surtout les colons, sont ulcérés, souvent des sensations fort pénibles se déclarent, et cela se voit principalement lorsque les contractions péristaltiques ont lieu. Plus le mal se rapproche de l'anus, et plus aussi ces douleurs sont intenses ; aussi voit-on les nerfs de relation devenir de plus en plus nombreux, à mesure que l'intestin est plus voisin de son extrémité anale.

8106. Indépendamment de ces circonstances d'organisation, la nature de la lésion organique a été considérée comme pouvant influencer sur les caractères et sur le degré de la douleur ; les elcosies, les tumeurs phymiques semblent être en général peu douloureuses. On voit des ulcérations syphilitiques considérables de la gorge, de la bouche et de l'anus donner lieu à de très-faibles souffrances. Par contre, on a accusé les cancers d'en déterminer de très-vives et de lancinantes

L'observation apprend que cette proposition n'est pas toujours exacte. Les plus vastes tumeurs encéphaloïdiques, les elcosies à base scirrhosique ou mélanée les plus larges, ne déterminent pas plus de douleurs dans l'angibrôme que dans la peau ou dans dans les autres parties du corps de l'homme. Seulement, comme les cancers envahissent les tissus et acquièrent assez de volume pour comprimer ou blesser les nerfs d'alentour, alors de très-vives souffrances peuvent résulter de cette compression. Il ne paraît pas que les encéphaloïdies ou les scirrhosies *elles-mêmes* soient le siége réel des élancements ; aussi voit-on très-souvent les cancers gastriques et intestinaux être exempts de douleurs propres. Des sensations pénibles n'ont souvent lieu ici qu'à l'occasion des contractions musculaires de l'angibrôme au-dessus des points comprimés ou rétrécis par les productions anomales (n° 7432).

Modifications dans les sensations spéciales.

8107. Les sensations spéciales propres aux diverses parties de l'angibrôme sont parfois modifiées par les lésions organiques précédentes ; le goût peut éprouver des variations sous l'influence des carcinomies de la bouche. Le défaut d'appétit et l'anémie ont souvent lieu dans les cancers gastriques ; le besoin de la défécation se renouvelle souvent, ou même persiste d'une manière continue, alors qu'existent des productions carciniques, phymiques ou même syphilitiques du rectum ou du voisinage de l'anus. La présence de telles tumeurs sollicite, en effet, le besoin de la défécation.

Altérations dans les mouvements, vomissements, hoquet.

8108. Des altérations dans les mouvements du tube digestif sont, en général, plutôt les conséquences des sténosies produites par les affections dont il vient d'être parlé que les résultats des cancers, des tubercules, des syphilidies elles-mêmes. Nous avons assez parlé de ces faits pour pouvoir nous dispenser d'y revenir ici (n° 7438).

8109. Ce n'est pas parce qu'il existe un cancer de l'estomac ou de l'intestin qu'il se déclare des vomissements, c'est parce qu'une telle lésion est suivie de sténosies qui déterminent l'arrêt des matières et des gaz au dessus de l'obstacle ; le hoquet est tout à fait dans le même cas. En un mot, dans tous les phénomènes observés dans les angibrômocarcinies, il faut bien distinguer ce qui appartient à l'hétérotrophie primitive, et ce qui dépend du rétrécissement ou des dilatations dont elle est suivie.

Altérations de fonctions.

8110. En général encore, ce n'est pas par elles-mêmes que les lésions organiques précédentes troublent les fonctions gastrentériques : c'est ordinairement par les altérations de formes dont elles sont les causes, ou encore par les anomohémies qui sont les suites de la résorption des fluides qui s'y déposent, ou enfin par les pertes de substances nutritives dues à des écoulements sanguins ou séreux, qu'elles produisent souvent des altérations fonctionnelles du tube alimentaire. L'histoire des phymies, des carcinies ou des syphilidies en général, celle des sténosies, des ectasies du tube digestif (n° 7491) compléteront du reste l'étude des altérations fonctionnelles que l'angibrôme présente dans les états pathologiques précédents. Notons seulement ici quelques faits importants.

8111. Les ulcérations bornées, circonscrites, et qui n'occupent pas le pourtour des orifices, peuvent exister longtemps sans entraver les phénomènes digestifs. La raison d'un tel fait est évidente : la membrane muqueuse de l'angibrôme a une organisation assez analogue dans les diverses régions de son étendue; la destruction de quelques-unes de ses parties n'empêche pas les autres points de sa surface de fonctionner convenablement; aussi voit-on de tels ulcères n'entraîner l'anémie et la mort qu'à la suite des hémorrhagies ou des écoulements de fluides blancs auxquels ils donnent naissance. Le même fait a lieu pour les encéphaloïdes, pour les scirrhosies et les mélanosies. Je pourrais citer de nombreux exemples à l'appui de cette proposition : il m'est arrivé, comme à tous les médecins qui se livrent avec persévérance à l'anatomie pathologique, de trouver à la nécroscopie des gens qui avaient eu pour tout symptôme un dérangement à peine marqué de la digestion; d'énormes fongus cérébriformes faisaient saillie dans l'estomac ou dans l'intestin. La mort était arrivée à la suite de ruptures vasculaires ou d'états organo-pathologiques coïncidents. Ce n'est donc certainement pas par l'irritation, par l'inflammation ou même par la souffrance de l'œsophage, de l'estomac ou du rectum, que de tels cancers produisent des accidents; ces accidents sont au contraire les conséquences des phénomènes morbides d'exhalation, d'absorption, etc., dont les organes ainsi affectés sont le siége. Ce fut en effet une des objections les plus fortes faites dans le temps aux doctrines dans lesquelles l'estomac était considéré comme le point de départ de la plupart des phénomènes morbides, que de faire remarquer le peu d'influence qu'avaient sur

la santé générale d'énormes destructions de l'estomac par des dégénérescences variées.

8112. Toutefois, dans la majorité des cas, les cancers et les tubercules de l'angibrôme présentent des symptômes successifs et un appareil phénoménal dont il est utile de parler comme diagnostic. Nous en esquisserons seulement les principaux traits.

Carcinômes situés au cardia et au-dessus de lui.

8113. L'inspection, la palpation permettent de reconnaître les *carcinômes du pharynx*, qui débutent souvent d'une manière latente, et qui succèdent fréquemment à quelques phlegmasies obscures et peu intenses. La déglutition pharyngienne est difficile; il y a parfois une extension des accidents au larynx, et de là résultent des phénomènes de laryngopathie. Ultérieurement survient l'émaciation par suite du défaut d'abord des aliments dans l'estomac, et en même temps se déclarent les autres phénomènes du cancer.

8114. En général, les cancers de l'œsophage et du cardia, à leur début, sont fort obscurs. Parfois des douleurs fixes et constantes sur le lieu où le mal existe, augmentant par la déglutition, pourraient les faire soupçonner. Lorsque le carcinôme est parvenu à un tel degré qu'il cause une sténosie, alors il devient plus appréciable : 1° par la dysphagie qu'il cause; 2° par la régurgitation des aliments qui a lieu très-peu de temps après leur ingestion; 3° par le cathétérisme qui fait trouver l'obstacle et la tumeur; 4° par le dépérissement et le faciès cancéreux du sujet; 5° par l'état de vacuité de l'estomac et de l'intestin constatés à l'aide de l'inspection de l'épigastre et du ventre, et même par l'absence de gaz dans ces parties, etc. (Voyez l'histoire des Sténosies œsophagiennes et cardiagastriques.)

Gastro et pylorocarcinies.

8115. Les cancers de l'estomac débutent presque toujours d'une manière fort obscure. M. le docteur Pruz a trouvé une relation très-fréquente entre les vomissements muqueux que rendent fréquemment à jeun certains malades, et les premiers symptômes des carcinômies gastriques; de là des idées particulières sur le siége primitif du mal dans les tissus chargés de la sécrétion. Le plus ordinairement on n'observe, dans le principe, que des phénomènes vagues et mal déterminés de gastropathie chronique (n° 7372). Souvent même ce sont là les seuls caractères du cancer de l'estomac tant qu'il n'est pas porté à un extrême degré. La palpation et la ples-

simétrie de l'épigastre qui y font souvent trouver des tumeurs alors que celles-ci ont acquis un certain volume ; des vomissements d'un sang rouge (lorsque ce liquide vient de s'échapper des vaisseaux correspondants au cancer) ou noir (lorsqu'il a séjourné) ; des selles ou des matières plus ou moins analogues à du marc de café, tels sont les principaux moyens de reconnaître les gastrocarcinies parvenues à un degré avancé. Lorsque le mal a son siége au pylore, on observe en plus les signes des sténosies de cet orifice ; je veux dire la dilatation et la réplétion de l'estomac par des matières, par des liquides ou des gaz, le tout reconnaissable par la plessimétrie. On en peut dire autant de la vacuité des intestins au-dessous du rétrécissement. Après un temps plus ou moins long, se déclarent l'anémie, l'amaigrissement, résultats du défaut d'alimentation et des pertes de liquides. Le malade présente encore : une teinte pâle et jaunâtre de la face et de la peau ; une décoloration du sang appréciable à travers les veines superficielles ; des traits tirés de telle sorte que les joues et les tempes sont creuses, que le sillon des lèvres est plus marqué que d'habitude, et que les commissures des lèvres sont abaissées. Ces derniers caractères sont en général ceux de la diathèse cancéreuse réunie à la souffrance habituelle de l'estomac. Un tel état est rarement accompagné de fièvre. L'entérorrhée ne survient guère que dans les cas où de vastes destructions du pourtour de l'orifice pylorique par le cancer permettent au chyme et aux matières de traverser incessamment son orifice. Quand le pylore est entièrement ou presque absolument oblitéré, il n'y a plus de selles, et ce n'est pas là, comme on le dit communément, un cas de *constipation*, c'est une absence d'évacuations, parce qu'il n'y a pas de matières à évacuer. Du reste, on observe de grandes variétés dans la marche des carcinômies du pylore, suivant que l'orifice dont il s'agit peut encore livrer ou non passage à quelques aliments. Dans le premier cas, la mort peut n'avoir lieu qu'après un temps fort long ; le malade s'exténuant, s'affaiblissant peu à peu, se voit, pour ainsi dire, périr par gradation et en détail. Dans le second, la rapidité avec laquelle survient la terminaison fatale est tout aussi grande que s'il s'agissait d'une complète abstinence. Seulement elle est parfois encore plus grande, parce que le mal se complique de l'anémie, résultat fréquent des pertes de liquides et de l'hydrémie en rapport avec la résorption des liquides altérés qu'ont formé les masses cancéreuses. (Voyez, pour plus de détails, les pylorosténosies (nos 7432 et suivants).

Entérocarcinies, colo et rectocarcinies.

8116. Le plus ordinairement, le début des *entéro* et des *colorectocarcinies* est chronique, et pour ainsi dire latente. De légères coliques alternant ou coïncidant avec de mauvaises digestions (s'il s'agit des intestins grêles ou du colon), de la gêne dans la défécation, des douleurs, lors du passage des matières, souvent des hémorrhoïdes, des fissures, des écoulements de sang (s'il s'agit du rectum et des parties voisines de l'anns), tels sont les premiers phénomènes qui se déclarent. Les dyspepsies qui ont souvent lieu dans de tels cas ont fréquemment été prises pour des gastrites ou des gastrentérites. Il est d'autant plus facile de se méprendre ici que très-souvent, lorsque existe une sténosie cancéreuse, incomplète, il se manifeste une entérorrhée due au séjour prolongé des fèces au-dessus du rétrécissement. La palpation du rectum et de l'abdomen, la percussion de cette cavité, font éviter de telles fautes qui pourraient gravement tourner au détriment des malades. Du reste, tous les accidents des entéro et des rectosténosies (n[os] 7432 et suivants) se déclarent ordinairement à la suite des cancers intestinaux. Le hoquet, les vomissements, etc., se manifestent dans les rétrécissements produits par un cancer intestinal, de la même façon que dans toute autre sténosie entérique. La dilatation, la réplétion des portions de l'angibrôme situées au-dessus ont lieu dans ce cas ainsi que dans les rétrécissements de toute autre nature. Quant aux phénomènes généraux, observables dans les entérocarcinies, ils se compliquent des symptômes propres aux rétrécissements de l'intestin et de ceux qui sont en rapport avec l'influence exercée par le cancer sur l'économie entière. Il est fort important de tenir compte, dans le diagnostic que l'on porte de la nature de la sténosie intestinale, du faciès qui est alors en rapport avec l'état cancéreux (n° 8115). Du reste, l'étude des rectocarcinies a été rangée au nombre des affections chirurgicales.

Entérophymie. — Phthisie intestinale.

8117. Les tubercules intestinaux se déclarent principalement chez les pneumophymiques, et c'est une circonstance très-propre à les faire soupçonner que de voir se déclarer une entérorrhée chez des individus présentant les symptômes ou les caractères de la phthisie pulmonaire. Le développement de ces tubercules intestinaux est lent ; l'entérorrhée qu'ils causent résiste aux médications qu'on lui oppose ; elle est promptement suivie des symptômes de pyémie chronique (fièvre hectique), et par conséquent de petits frissons le soir,

de sueurs la nuit, d'amaigrissement rapide, etc. Trop souvent encore la pneumophymie succède aux tubercules intestinaux.

Mésentérophymie des enfants. Carreau.

8118. Chez les jeunes enfants, presque toujours l'affection tuberculeuse du mésentère commence aussi par l'entérorrhée. Le mal persiste, l'enfant éprouve de la fièvre, maigrit; son ventre grossit, devient énorme; la main qui le touche y trouve des ganglions engorgés; la plessimétrie y rencontre, par places, de la matité et de la sonorité en rapport, l'une avec les ganglions, l'autre avec les gaz. Les aliments que les petits malades prennent ne les nourrissent pas. Souvent des abcès se forment dans diverses parties du corps, ou des tubercules se déclarent dans les poumons, etc.

Abcès tuberculeux de l'anus.

8119. Chez les pneumophymiques, chez les gens qui ne le sont pas (quoique bien plus rarement), se déclarent parfois des abcès de la région anale. Ces phymopyies (tubercules suppurés) appartiennent entièrement à l'étude de la chirurgie. Contentons-nous de dire et d'affirmer même qu'il n'est pas toujours contre-indiqué d'opérer et de guérir les fistules qui les suivent. Si l'on voit trop souvent les accidents pulmonaires augmenter ou se déclarer à la suite de telles opérations, ce n'est pas à cause de la suppression de ces abcès, ce n'est pas parce qu'un *exutoire* naturel est supprimé qu'il en arrive ainsi; mais c'est bien là une conséquence de la marche propre à la pneumophymie coïncidente. En général, cependant, il est bon de n'avoir pas recours aux moyens chirurgicaux *douloureux ou dangereux;* car les phthisiques souffrent déjà assez pour ne pas les exposer (et souvent sans utilité) à de nouvelles douleurs et à des accidents nouveaux.

Étiologie, pathogénie, pronostic.

8120. Nous n'insisterons point ici sur les causes et sur la nature des nombreuses lésions angibrômiques qui font le sujet de cet article. Nous venons d'exposer, du reste, les principales circonstances qui président au développement des elcosies du tube digestif, ou qui les entretiennent. Les généralités que nous avons établies sur le cancer (n° 466) et sur les tubercules (n° 400) nous dispensent, en effet, d'entrer dans des détails qui multiplieraient inutilement nos pages. Enfin l'histoire des syphilidies du tube alimentaire rentre entièrement dans celle de la syphilis en général.

5121. Il serait important, toutefois, d'avoir la solution de la question suivante : Pourquoi les carcinômies se manifestent-ils chez certains sujets, dans le tube digestif de préférence aux autres organes? Or, c'est principalement vers les points du tube dont les fonctions le disposent le plus à être blessé, que les cancers angibrômiques se déclarent. Il en est ainsi : pour la langue qui touche sans cesse aux dents; pour le pharynx; pour le cardia; pour le pylore; pour les points du rectum correspondant aux sphincters, parties qui sont en contact avec les aliments ou avec des matières capables d'altérer ces parties. Il semblerait donc dans de tels cas que des modifications habituelles de circulation causées dans des points habituellement rétrécis et lorsque les matières s'y présentent ou les traversent, seraient les circonstances les plus propres à favoriser la production du cancer. Du reste, ce serait là seulement une circonstance déterminante qui ne rendrait en rien compte des causes réelles et profondes de la disposition aux maladies carciniques.

5122. Quant aux affections tuberculeuses du mésentère, on conçoit que le grand nombre de ganglions chylifères ou lymphatiques qui se trouvent dans ce repli et qui sont des parties où les phymies se développent fréquemment, exposent beaucoup ce même mésentère aux productions phymiques.

5123. Le pronostic, dans les lésions organiques de l'angibrôme dont il vient d'être parlé, reposera sur celui des syphilidies, des tubercules ou du cancer considérés en général, et il sera modifié par la marche, l'intensité et le siége particulier de la maladie.

Thérapeutique.

5124. Le traitement ne tiendra point une grande place dans cet article. Sans doute, il serait utile d'y insister, mais il a été exposé avec le plus grand soin dans d'autres parties de cet ouvrage. Dans nos généralités sur les carcinies (n° 466) et sur les phymies (n° 400), nous avons vu que, dans l'état actuel de la science, on ne peut ramener à leur texture primitive les portions d'organes affectées de tubercules ou de cancer. Or, ce qui est vrai en général l'est en particulier des carcinies du tube alimentaire; l'ablation, la cautérisation, la destruction, enfin des *moyens chirurgicaux* sont les seuls remèdes efficaces à employer contre un pareil mal. Ainsi rien encore, pour le praticien qui ne met pas ses illusions à la place de la réalité, ne peut médicalement remédier aux funestes transformations des tissus dites : squirre, encéphaloïde, colloïde, mélanose. Ni la ciguë de

Stork, ni l'eau de Vichy, ni les préparations mercurielles, etc., ne feront *dissoudre, résoudre, fondre* les carcinômes.pyloriques, pas plus que les encéphaloïdies ou les scirrhosies du rectum. Il m'est bien arrivé de voir, dans un cas de vaste tumeur abdominale, et dans un autre d'affection du col utérin qui me paraissait être un cancer, les accidents se dissiper graduellement et disparaître sous l'influence de l'iodure de potassium; mais, dans le premier fait, il s'agissait probablement d'une affection puerpérale et non d'un carcinôme, et, dans le second, d'une induration de cause syphilitique (1). Dans ces deux cas, le tissu de l'organe n'était sans doute pas transformé, comme il en arrive dans les maladies scirrhosiques ou encéphaloïdiques. Dans les cancers gastriques ou intestinaux, je proposerais l'emploi de l'iodure de potassium à la dose d'un à quatre grammes par jour, dissous dans vingt grammes d'eau distillée et dans cinq grammes de sirop. J'administrerais ce médicament en trois parties : l'une le matin, l'autre à midi, et la troisième le soir. J'en agirais ainsi, non pas que l'iodure de potassium ait, dans mon opinion, la merveilleuse propriété de ramener à l'état nomal des tissus cancéreux. Mais j'espérerais me tromper sur le diagnostic de l'état squirreux ou encéphaloïdique, et j'aurais de la confiance dans un tel remède, si l'organisation du tissu malade n'était que modifiée et non pas métamorphosée. Du reste, je ne craindrais en rien d'employer l'iodure de potassium, car je l'ai vu être souvent utile, et jamais je ne lui ai reconnu des effets nuisibles.

Traitement des angibrômophymies.

6125. Quant au traitement des angibrômophymies, ce qui lui appartient en propre ne diffère pas des médications applicables aux tubercules en général. Laissons à d'autres le soin de dire ce qu'on a tenté (et toujours inutilement) contre la maladie dite carreau ou atrophie mésentérique; laissons d'autres encore s'infatuer de l'idée de trouver un médicament spécial contre cette maladie considérée comme unité. Pour nous, elle est un état complexe dont l'élément phymique est le plus souvent inaccessible à l'action de spécifiques. Bornons-nous à dire que le traitement consiste principalement ici à remédier aux principaux états organopathologiques qui viennent compliquer l'affection tuberculeuse. Contre celle-ci, et nous l'avons dit ailleurs, si la marche du mal ne donne pas lieu à des abcès suivis de cicatrisa-

(1) Depuis lors, cette femme est rentrée dans mon service, présentant d'énormes fongus du col utérin.

ons bien rares, si la lésion n'est pas à un état assez initial pour que ıbsorption interstitielle puisse la détruire, si l'organisation n'a oint assez d'énergie, de vitalité et de richesse pour que le mal soit rêté dans sa marche, les phymies parcoureront leurs funestes péodes; la mort, quoi qu'on fasse, viendra, après un certain temps, apper le malade. On voit bien quelques enfants considérés, par es médecins, comme atteints de carreau, et qui, à l'aide d'un bon gime, de l'alimentation lactée, d'une nourriture animale secondée ar quelques purgatifs doux, viennent à se rétablir. Il y a tout lieu e croire que, dans de tels cas, il ne s'agissait pas de véritables phyies, mais bien d'entéropathies chroniques d'une autre nature. L'acımulation de gaz ou de matières stercorales dans l'intestin aura été source d'une augmentation plus ou moins marquée dans le volume ı ventre, augmentation qui en aura imposé pour l'existence de l'aophie mésentérique.

8126. L'entérophymie, avec ou sans elcosie, qui a lieu chez les ıthisiques ou qui précède la maladie tuberculeuse des poumons, a pas non plus de traitement spécial. Les moyens que l'on peut ii opposer diffèrent fort peu de ceux qui conviennent contre l'enrorrhée chronique (n[os] 8073 et suivants). Dans les angibrômophyies, nous aurions recours à l'iodure de potassium, et cela, soit par s raisons qui nous ont parfois porté à le proposer dans les carcinômes ı tube digestif (n° 8124), soit à cause du parti avantageux que nous oyons en avoir tiré dans des cas de phthisie pulmonaire (n° 7179).

Traitement des ulcérations de l'angibrôme.

8127. Les ulcérations du tube digestif, appréciables à la vue et toucher, ont été rangées au nombre des affections chirurgicales, sorte que nous n'avons pas à nous occuper ici de leur traitement. lui des elcosies plus profondément placées ne peut presque pas e déterminé d'une manière fixe, attendu qu'il est souvent imposle de reconnaître positivement l'existence de ces ulcérations. ette proposition est malheureusement vraie, même des elcosies qui déclarent dans la maladie dite fièvre typhoïde. Sans doute, dans très-grande majorité des cas, un appareil de symptômes graves s que : des selles nombreuses, très-fétides, purulentes, persévént, malgré l'emploi des moyens les plus rationnels ; des phénomès de septicémie joints à la présence habituelle et abondante de liides et de gaz dans l'intestin, font admettre comme extrêmement obable l'existence d'ulcérations des plaques de Peyer; mais enfin

il n'y a pas là une certitude absolue. La même chose peut être dite des ulcérations dysenteriques du colon. Cependant la très-grande probabilité de l'existence d'ulcérations, dans de tels cas, permettrait d'employer des moyens spéciaux, si l'on en connaissait. Malheureusement il n'en est pas que l'on puisse proposer; aussi est-on réduit ici, comme dans les autres enterelcosies, à établir les préceptes suivants : 1° On doit en général traiter de tels ulcères comme s'ils étaient extérieurs, par conséquent éviter le contact prolongé des substances irritantes, et y porter autant que possible des adoucissants. 2° Il faut tenir ces ulcérations dans un état de propreté continuel, ce qui implique la nécessité d'avoir recours, d'une part, à des purgatifs légers qui évacuent les fèces, et de l'autre, à des boissons ou à des injections aqueuses qui nettoient les surfaces malades. 3° On n'emploiera qu'avec la plus grande circonspection les topiques excitants. 4° Il serait peut-être bon de tenter quelquefois l'usage des cathérétiques légers, tels que la nitrate d'argent ou l'alun; malheureusement ces moyens atteignent tout aussi bien les portions de membrane saine que les tissus malades. De telles substances pourraient encore agir d'une manière fâcheuse par absorption; ce qui doit encore rendre plus réservé dans leur emploi. 5° Il ne faut pas astreindre les malades qui portent des entérelcosies à une abstinence absolue. Ce n'est point en effet un tel moyen qui fait cicatriser les plaies extérieures, et l'atrophie, suite d'une diminution dans la nourriture, pourrait favoriser les perforations qui suivent trop fréquemment des ulcères de l'estomac ou de l'intestin. 6° L'alimentation, autant que possible, sera proportionnée, soit à l'état du tube digestif et à la manière dont s'accomplit la digestion, soit à l'anémie du malade. 7° Il faudra remonter aux causes locales ou générales, internes ou externes, qui ont donné lieu aux ulcérations, et chercher à les détruire. 8° Enfin il sera indispensable de tenir compte des états organopathologiques coïncidents et d'y remédier autant que possible.

CHAPITRE XVIII.

ANGIBRÔMO { ZOOTIES / HELMINTHIES

(animaux et vers contenus dans le tube digestif).

8128. Longtemps on a attaché une extrême importance à la présence des vers dans l'angibrôme, et lorsqu'on étudie les anciens ouvrages de médecine, on y trouve des relations nombreuses : tan-

t de faits isolés dans lesquels les accidents les plus graves paraisient avoir été dus à la présence, dans le tube digestif, des animaux nt nous parlons; tantôt d'épidémies auxquelles on donna le nom vermineuses à cause de la fréquence des helminthes dans le conduit mentaire. On voit même Rœderer et Wagler insister beaucoup is sur un tel fait qu'on ne le ferait de nos jours. Actuellement, les ogrès de l'anatomie pathologique font voir, dans bien des cas où malades n'ont éprouvé aucun accident gastrentérique ou aucun tre symptôme morbide, que des ascarides lombricoïdes ou vermiaires existent dans l'angibrôme. Ailleurs, on ne rencontre point helminthes sur les cadavres de malades qui, pendant la vie, ont atteints des symptômes attribués à la présence, dans l'angiôme, de vers de diverses sortes. Toutefois on ne saurait nier, ncipalement chez les enfants, qu'il n'y ait pas de graves inconvénents attachés à l'existence des helminthes dans le tube digestif, et aut bien avouer encore que l'un d'entre eux, le ténia, donne lieu uvent à des symptômes fort graves. Comme une grande partie de stoire des vers intestinaux rentre dans le domaine de l'histoire turelle, nous en dirons seulement ce qu'il est indispensable de sar sous le rapport pratique.

Nécrorganographie.

3129. Les principaux caractères zoologiques des vers intestiux, tels qu'ils ont été donnés par Bremser, Rudolphi et beaucoup utres, sont les suivants:

' Ascaride lombricoïde (*ascaris lombricoides*); corps cylindrique, aminci à leux extrémités, d'un rouge plus ou moins foncé, d'une à deux lignes de gros-, d'un pouce et demi à six, neuf à douze pouces de long. Il est plus commun ui voir des dimensions assez grandes que de petites.

' L'ascaride vermiculaire (*oxiuris vermicularis*); le mâle a une ligne ou une e et demie de longueur; il est très mince, son corps est blanc, élastique; la parpostérieure en est d'autant plus grosse qu'on l'observe plus près de sa termion, tandis que la femelle, qui a quatre ou cinq lignes de longueur, se termine une extrémité effilée.

' Le ténia cucurbitain (bothriocéphale large, *tænia solium*); — longueur trèsable, ayant au plus 24 pieds suivant Bremser, et beaucoup plus suivant d'au-; — très-mince (un tiers de ligne) vers la tête, s'élargissant successivement u'à 4, 5 à 6 lignes; — mince, transparent, ou épais et opaque; — tête fort te, munie de 4 suçoirs, au milieu desquels se voit une protubérance convexe. centre est un cercle circonscrivant une petite ouverture à peine perceptible, et lquefois entourée de crochets; — apparences d'articulations au corps, c'est-à-que des lignes comme étranglées séparent celui-ci en des portions plus lons que larges, et toujours dépourvues de fossettes et de dards dans leur milieu. éralement aux articulations les plus considérables, se voient de petites protuances papilliformes au centre desquelles est une ouverture. Des faits recueillis Dehaën, Bremser, etc., prouvent que ce ver n'est pas toujours solitaire.

' Bothriocéphale armé; plus large que le précédent; tête tétragone présentant x ou quatre fossettes opposées; — articulations plus larges que longues: quel-

quefois elles se contractent, et il semblerait que l'animal n'est pas articulé; — au milieu de chaque articulation existe une fossette d'où s'élève quelquefois un petit dard. C'est là le caractère distinctif de ce ténia. Quelquefois il y a une seconde fossette, et d'autres fois les articulations sont perforées.

8130. C'est le plus souvent dans l'intestin que l'on rencontre, soit les lombrics, soit le ténia (qui, le plus ordinairement, vit isolé, ce qui l'a fait appeler ver solitaire). Parfois, cependant, ils se trouvent aussi dans l'estomac, et l'on en a vu même remonter par l'œsophage jusque dans la bouche. Il y a lieu de croire qu'une progression des helminthes vers ces organes n'est pas la cause de ce fait, mais que des mouvements antipéristaltiques les entraînent dans cette direction. On a trouvé dans l'angibrôme, tantôt un ou deux lombrics éloignés l'un de l'autre, et d'autres fois, même chez les enfants, on en a rencontré des masses pelotonnées véritablement considérables. Les ascarides vermiculaires ou trichurides occupent le plus souvent l'extrémité anale du tube digestif au-dessus du sphincter et vers l'enfoncement qui résulte de la dilatation que présente l'intestin au-dessus de ces anneaux rétractiles et contractés. Parfois ces trichurides remontent assez haut dans le colon et parviennent peut-être jusques dans le cœcum. Le volume des lombrics varie infiniment; il en est qui ont à peine quelques centimètres de long, tandis que d'autres présentent vingt ou trente centimètres dans le même sens. Leur grosseur est en général proportionnée à leur longueur. La forme générale qu'ils offrent est celle du lombric terrestre. Il ne faut jamais oublier qu'ils sont *ronds*. Ce qui les distingue nettement des *ténias* dont *la forme rubannée* leur a mérité le nom par lequel on les désigne.

8131. Il arrive que les vers intestinaux sortent quelquefois de la cavité angibrômique proprement dite, et qu'ils pénètrent dans des conduits où ils causent des accidents graves. On en a vu qui, après avoir été vomis, s'étaient introduits dans le larynx, et avaient alors causé l'anhématosie et la mort. Ailleurs, les helminthes, introduits dans le conduit cholédoque, et arrêtant la bile dans son cours, ont ainsi déterminé une cholémie et une hépatite mortelles, etc. De tels faits ne rentrent que secondairement dans cet article, où il s'agit surtout des angibrômies produites par des vers.

État du tube digestif lors de la présence des helminthes dans sa cavité.

8132. Le tube digestif chez les cadavres dans lesquels on rencontre les vers est très-souvent exempt de toute espèce de lésions, et quand il en existe, elles sont ordinairement en rapport avec d'autres causes qui sont venues agir concurremment avec les helminthes. Ainsi dans l'entérite septicémique, on trouve parfois des lombrics

ors la maladie des glandes de Peyer coïncide avec la présence des ·rs, mais n'en est pas le moins du monde la conséquence. La même iose peut être dite des phlegmasies ou des elcosies phymiques ı'offrent parfois le tube digestif. Il en est ainsi de quelques cas de ərforations attribuées à tort à l'action des helminthes : ces animaux ont point d'appareils qui puissent produire un semblable effet. ıns la plupart des cas où ces vers sont sortis de la cavité intesti- ıle par une voie non naturelle (1), il y a tout lieu de croire que ces imaux s'étaient échappés de l'intestin par quelque ouverture spon- ınée et non par une blessure qu'ils y auraient produite. Toutefois des əlminthes accumulés et séjournant en masse sur quelque point de ıngibrôme peuvent agir comme des corps étrangers, ramollir les ·sus avec lesquels ils sont en contact et dônner lieu ainsi à des per- rations.

·8133. Dans la plupart des cas où l'intestin contient des vers lom- ıics, il renferme aussi des matières plus liquides qu'à l'ordinaire. ·ez les enfants, par exemple, dont les selles sont en général molles ; ·ez les gens fréquemment atteints d'entérorrhée ; dans les maladies l'on observe en peu de temps beaucoup d'évacuations alvines de lture muqueuse, on rencontre très-souvent des ascarides lombri- ïides. Ce n'est pas à dire pour cela que les helminthes causent la ırrhée, car on les trouve assez fréquemment encore sur des sujets ınt les fèces sont solides ; mais enfin ce fait est assez général et rte à penser que la présence de liquides abondants dans le tube ;estif favorise la formation et le développement des vers.

Biorganographie ; inspection ; palpation.

·8134. Le seul caractère physique positif des helminthes angi- ·miques consiste dans leur évacuation en totalité ou en partie par ı des orifices du tube digestif. Tout autre symptôme que celui-ci plus ou moins illusoire et ne peut être la source d'un diagnostic oureux. Il y a donc une nécessité absolue d'étudier avec soin la scription des vers intestinaux. Les signes déduits de l'examen de entozoaires laissent souvent même beaucoup à désirer. D'une ·t, ces signes ne peuvent être d'aucune utilité alors que les malades ·nt point évacué d'helminthes. D'un autre côté, alors même que des ·s sont rejetés au dehors, on ne pourrait affirmer, à l'aide de ca- ·tères physiques, si tous ceux qui se trouvaient dans l'angibrôme

(1) Tel fût celui, par exemple, que me citait M. Guersent fils et dans lequel deux ·ibrics trouvèrent une issue par un abcès abdominal.

ont été excrétés, ou bien si le contraire a eu lieu. Tout au plus serait-on porté à admettre la proposition affirmative, si l'on reconnaissait, dans un ténia évacué, la tête de ce même helminthe ; mais encore serait-il impossible de dire s'il n'y a point encore un autre ver, puisque dans des cas rares, sans doute, il en a existé deux.

8135. L'inspection pourrait-elle faire découvrir, dans les viscères abdominaux, quelques mouvements en rapport avec ceux des vers? C'est ce qu'il est fort difficile de croire et ce que l'on n'a pas observé. La plessimétrie ferait *peut-être* trouver de la matité sur *des masses de vers lombrics pelotonnés dans quelques parties de l'abdomen.* La palpation pourrait aussi donner quelque indice à ce sujet. La matité que l'on obtiendrait dans les cas extrêmement rares dont il s'agit, varierait de place dans l'abdomen, si les tumeurs dont il s'agit se déplaçaient elles-mêmes.

Nouvelle application de l'auscultation.

8136. J'ai eu l'occasion de faire, en 1843, une application, que je crois être heureuse, de l'auscultation au diagnostic des helminthes angibrômiques. Il s'agissait d'une dame qui, atteinte d'accidents névropathiques variés et de symptômes abdominaux mal déterminés, avait rendu par les selles quelques fragments de ténia. Cette dame continuait cependant à ressentir de temps en temps, dans divers points du ventre, de petites douleurs, une sorte de tortillement, de frémissement. Ces sensations étaient fort différentes de celles qu'elle éprouvait lorsque l'intestin venait à se contracter sur des gaz ou sur des fèces. L'idée me vint d'explorer attentivement avec le stéthoscope les points du ventre où ces tortillements avaient lieu. A vingt reprises peut-être, pendant une demi-heure, j'entendis *très-distinctement* une sorte de frémissement, d'ondulation, fort différents des bruits qui accompagnent ailleurs les mouvements de l'intestin et les borborygmes. Toutes les fois que j'entendais un tel bruit, la malade éprouvait une sensation qu'elle attribuait aux mouvements du ver; toutes les fois qu'elle me disait sentir ces mouvements, le même phénomène se répétait pour mon oreille. Or, de tels bruits que je crois pouvoir à l'avenir reconnaître dans d'autres cas qui viendraient à se présenter (bruits que je n'ai jamais rencontrés avant ou depuis), étaient bien les résultats des contractions auxquelles se livrait le ténia que portait cette dame. Malheureusement je n'ai pas eu depuis, soit sur d'autres malades, soit sur cette même personne, l'occasion de répéter une telle recherche. La malade prit de l'écorce de grena-

ier à hautes doses. Le médecin honorable qui la soignait, M. le octeur Journé, n'obtint jamais que des fragments de fausses mem-ranes dont la forme était allongée et qui pouvaient bien être le ténia à emi digéré. Jamais aucun fragment de ver solitaire ne fut rendu, mais us les accidents abdominaux cessèrent momentanément. Les mou-ements dont il s'agit ne se reproduisirent plus, on n'entendit pas vantage le bruit qui vient d'être décrit (1); mais les accidents ner-ux généraux continuèrent comme par le passé. J'ai donc eu le agrin de n'avoir ici qu'une observation incomplète, mais qui ce-ndant acquerra beaucoup d'importance si de nouveaux faits ennent se joindre au précédent.

Symptomatologie ; douleurs.

§137. Parfois des douleurs plus ou moins vives se déclarent ns l'angibrôme, lorsqu'il s'y trouve des vers. Ces douleurs doi-nt principalement se manifester dans les cas où les helminthes oc-pent les gros intestins ou l'estomac ; car ces viscères sont plus sen-bles et reçoivent plus de nerfs spinaux que les intestins grêles nt la sensibilité est plus obscure et dans lesquels se distribuent rtout des filets ganglionnaires. Quoi qu'il en soit, certains sujets at-nts de vers intestinaux se plaignent d'éprouver des picotements, s ondulations, des fourmillements ou des sensations de déplace-ent, de progression, de tournoiement dans les diverses parties du ntre. Il en est qui ressentent des pincements, des tortillements, affreux déchirements qu'ils attribuent à l'action des vers et notam-ent du ténia. Tantôt, suivant eux, ces douleurs sont fixées sur un int, tantôt elles se déclarent successivement dans les parties di-rses de l'abdomen. Sans doute il y a beaucoup d'exagération dans ci; la plupart des gens atteints de ténia ont plus ou moins, en et, cette disposition névropathique et intellectuelle à laquelle on a nné le nom d'hypochondrie; il n'en est pas moins vrai que ces uleurs sont souvent très-réelles. Témoin le cas de cette dame dont été parlé et ceux d'un assez bon nombre de malades que je pour-s citer. Rien n'est moins constant, du reste, que ces douleurs, et cune d'entre elles n'est pathognomonique du fait dont il s'agit; elles peuvent se déclarer dans les cas fort différents de ceux qui

1) Je viens de revoir M. le docteur Journé ; il m'a affirmé avoir, plusieurs depuis, entendu le bruit dont il s'agit chez cette malade. Du reste, cette dame pas rendu d'autres fragments de ténia, et les symptômes gastrentériques ont aru.

font le sujet de cet article (tels, par exemple, que des affections névropathiques, des carcinies, ou des entéropathies variées).

8138. Les ascarides vermiculaires donnent très-souvent lieu à un prurit très-désagréable à l'anus et dans la partie inférieure du rectum. Les enfants en sont souvent extrêmement tourmentés. C'est là un des symptômes les plus fréquents de la présence de ces vers. Il est cependant loin d'avoir une certitude absolue comme signe; car ces démangeaisons anales se retrouvent dans beaucoup d'autres cas, parmi lesquels il faut particulièrement citer certaines congestions entretenues par la constipation, et surtout les hémorrhoïdes si fréquentes dans cette région. Toutes les fois que le prurit dont il s'agit existe, il faut examiner avec le plus grand soin les matières stercorales, introduire même le doigt enduit d'un corps gras dans l'anus, et rechercher si ces parties ne sont point recouvertes d'ascarides vermiculaires.

Sensations spéciales.

8139. Les sensations spéciales ayant leur siége dans les diverses parties de l'angibrôme éprouvent souvent, par suite de la présence des vers dans ce même conduit, des modifications fort importantes. Le goût est souvent interverti de manière à ce que les malades, ainsi qu'il en arrive pour les hystériques et pour les chlorotiques, désirent faire usage de substances peu nutritives, ou du moins de mauvaise nature, telles que des acides, du sel, etc.; dans les cas de ténia, très fréquemment l'appétit est vif et parfois insatiable. C'est surtout avant d'y satisfaire, que les malades éprouvent les douleurs de ventre dont il a été parlé, et elles se dissipent lorsque les aliments sont parvenus dans le tube digestif. On a attaché beaucoup d'importance à ce symptôme, qui cependant est loin d'être constant. Quand les vers remontent dans l'estomac, souvent il y a des nausées, et les ascarides vermiculaires donnent parfois lieu à des besoins de défécation en rapport avec la stimulation incessante que cause leur présence. A ces douleurs dont l'angibrôme peut être le siége viennent se joindre, dans quelques cas, des névralgies d'autres organes, et lorsque les vers pénètrent dans le larynx, dans les fosses nasales ou dans les voies biliaires, il peut se déclarer des douleurs en rapport avec la présence de ces entozoaires dans les cavités dont il s'agit.

Mouvements.

8140. Les vers intestinaux doivent agir sur les organes qui les contiennent à la façon des corps étrangers, et comme ils exécutent

des mouvements de déplacement et de progression, il doit en résulter qu'ils excitent encore plus les contractions du tube alimentaire que ne le feraient des corps privés de vie. De là, sans doute, ces selles fréquentes, ces vomissements qui ont souvent lieu chez les sujets qui portent des helminthes dans leurs voies digestives; de là aussi la fréquence des douleurs que nous avons vues être si souvent la conséquence de la contraction des gros intestins (n° 7432) ou de l'estomac. Ces mouvements peuvent s'exécuter dans le sens ordinaire de ceux auxquels se livre habituellement l'intestin (contraction péristaltique), ou dans une direction inverse (contraction antipéristaltique), ou encore être convulsive et partagée par le diaphragme (contraction vague, hoquet, etc.). Le hoquet se déclare principalement lorsque des masses de vers faisant l'office de corps étrangers oblitèrent en quelque sorte l'intestin, en produisant une véritable sténosie plus ou moins comparable à celle qui résulte d'un étranglement herniaire, d'une invagination, etc. Il arrive aussi que le ténia gêne assez par ses longs replis les mouvements du tube digestif pour causer de tels phénomènes.

Altérations de fonctions.

8141. Très-souvent, ainsi que nous l'avons dit, la présence des lombrics et même du ténia dans l'angibrôme n'est pas suivie d'altérations dans les fonctions digestives. Il y a lieu de croire alors que la quantité d'aliments dont ces vers s'emparent est trop faible pour porter une atteinte réelle à la nutrition du sujet qui les porte. Toutefois, quand le ténia est très-volumineux, lorsque les lombrics existent en très-grand nombre, il semble que l'alimentation en souffre; le malade dépérit, languit, maigrit, il devient plus ou moins anémique; ses joues se creusent, ses traits se tirent par en bas, ses muscles s'amoindrissent, en un mot, le but de la digestion paraît en partie manqué, ou du moins n'être pas entièrement rempli. Il est cependant douteux que cela tienne à une soustraction de matières nutritives; il y a bien plutôt lieu de penser que la souffrance habituelle de l'estomac et de l'intestin, par suite du séjour des helminthes, est la cause principale du dépérissement dont il vient d'être fait mention. Cette souffrance se traduit, pour l'observateur : par les douleurs et par les mouvements dont il a été parlé; par des accumulations, par des évacuations de gaz ou de bile; par de la difficulté et de la lenteur dans la chymification; par une entérorrhée rebelle et récidivant d'une manière fréquente; quelquefois, enfin, par une série

de phénomènes qui rappellent assez bien ceux des sténosies incomplètes.

Symptômes fournis par les organes autres que le tube digestif. Convulsions.

8142. Ce n'est ni dans la circulation ni dans la respiration qu'il faut chercher des symptômes en rapport avec la présence des vers dans le tube digestif. Tout au plus, quand les helminthes sont en grand nombre et lorsqu'ils mettent obstacle à la nutrition, il arrive que les malades deviennent anémiques. Ceci a lieu parfois chez les jeunes enfants. Un tel accident est plutôt le résultat de l'entérorrhée coïncidente, ou du peu d'aliments pris par les malades, plutôt, dis-je, que de la présence des vers dans le tube digestif. Les organes des sens et des mouvements volontaires présentent souvent des phénomènes spéciaux et caractéristiques, suivant les auteurs, des angibrômozooties. De ce nombre sont : Une démangeaison très-vive des narines; la dilatation habituelle et excessive des pupilles; des convulsions plus ou moins fortes venant par accès et simulant assez bien des attaques de ce qu'on appelle éclampsie et épilepsie. Ces convulsions sont tantôt partielles et attaquent seulement quelques-uns des muscles des membres ou de la face, des lèvres, etc.; d'autres fois elles sont générales, de telle sorte que presque tout l'appareil locomoteur est le siége de contractions sans but utile, involontaires, vives, saccadées et qui se renouvellent à des époques plus ou moins rapprochées et parfois assez éloignées. Dans les cas extrêmes, lé cerveau lui-même donne lieu à des symptômes très-graves. Alors il y a perte de connaissance pendant le temps des convulsions. Le plus souvent, dans ces circonstances, les muscles des yeux sont le siége de mouvements dits spasmodiques, qui dirigent le globe oculaire, soit en haut, soit en dedans, soit en dehors. Parfois l'un des yeux se trouve porté dans une direction opposée à celle où l'autre est entraîné; de là un strabisme momentané plus fréquemment convergent et parfois divergent. Quand les convulsions attaquent principalement les muscles de la respiration, alors on observe un soulèvement spasmodique des ailes du nez, et une suffocation due aux contractions des muscles du larynx. Ce dernier symptôme mérite une extrême attention, car il peut compromettre la vie du malade, et il faut bien rechercher, lorsqu'il se déclare, s'il ne serait pas dû à la pénétration directe des vers dans le tube aérien.

8143. C'est principalement et presque exclusivement chez les jeunes sujets que se déclarent les accidents convulsifs qui viennent

d'être signalés, accidents qui sont, aux yeux du public et du plus grand nombre des praticiens, les signes probables de l'existence des vers dans l'angibrôme. S'il arrive que ces symptômes se déclarent, et s'il existe en même temps quelques accidents abdominaux vagues, on croit tout d'abord à l'existence d'une angibrômozootie, et l'on se conduit en conséquence. Certes, le fait est possible, et il est trop généralement admis pour qu'il n'y ait pas quelque chose de vrai dans les assertions précédentes. On affirme que, fréquemment, des convulsions chez les enfants ont cessé brusquement, lors de l'évacuation des helminthes gastrentériques. Je suis loin de nier de tels faits ; mais, dans une longue pratique, je n'ai pas vu d'événement pareil. De plus, sur plusieurs jeunes sujets qui avaient succombé à des accidents encéphaliques attribués par les parents aux vers intestinaux, il n'y avait pas, à la nécroscopie, d'helminthes dans le tube digestif. Des médecins honorables que j'ai consultés à l'occasion de cet article, et qui sont attachés à de grands établissements où l'on reçoit beaucoup d'enfants malades, ont observé des faits du même genre. Il résulte de tout ceci qu'avant d'avoir une opinion arrêtée sur le degré d'influence des vers intestinaux relativement aux convulsions de l'enfance, il faut attendre de nouvelles recherches. De prime abord, il semble répugner à la raison que des vers dans l'intestin puissent être une cause directe de convulsions ; on serait même porté à penser que la dilatation de la pupille ou que certains mouvements spasmodiques se rapporteraient, non pas directement à la présence des helminthes dans l'angibrôme, mais bien à l'anémie qu'ils causent. Enfin il faut observer de nouveau, dans un cas aussi grave, avant de se décider sur cette question.

8144. Les phénomènes dont il vient d'être parlé sont surtout appréciables chez les enfants et chez les sujets dont la constitution se rapproche davantage de celle des premiers âges de la vie. Sur les adultes, les lombrics ne donnent ordinairement lieu à aucun symptôme fonctionnel. Les ascarides vermiculaires ne produisent guère que des troubles dans la défécation, et quelques accidents légers en rapport avec le prurit qu'ils occasionnent. Le ténia seul paraît, dans quelques cas, produire des accidents nerveux assez graves.

8145. Certains sujets atteints de ténia éprouvent encore une fois des symptômes très-analogues à ceux que nous verrons plus tard appartenir à l'hypochondrie. Ils se plaignent de ces sortes de douleurs vagues dont la cause organique n'est point connue; il s'inquiètent

de leur état plus que ne le comporte la gravité des phénomènes qu'ils éprouvent. Lorsque des fragments de ténia ou que ce ver en entier ont été rendus, les personnes qui en ont été atteintes sont souvent tourmentées des craintes les plus grandes. Rarement de tels individus se persuadent-ils être entièrement débarrassés du ténia.

8146. Il est si important de tenir compte de cet état général de l'intelligence, que certains hypochondriaques se plaignent d'éprouver des accidents gastrentériques tout à fait analogues à ceux qui sont causés par la présence du ver solitaire. Dans deux cas où des femmes, jeunes encore, étaient atteintes de ténia, il y avait des douleurs abdominales qui présentaient le caractère névralgique, et qui semblaient se déplacer et se répéter dans des nerfs variés, et notamment dans les intercostaux. Ces femmes étaient hystériques, de telle sorte que les accidents nerveux qu'elles éprouvaient pouvaient bien être les résultats de cette névropathie plutôt que ceux du ténia lui-même.

Marche. Pronostic.

8147. La succession et la marche des symptômes physiques et fonctionnels, dont il vient d'être parlé, sont très-variables. Presque toujours les accidents se déclarent d'une manière lente et obscure. Parfois se prononcent tout à coup des phénomènes graves analogues à ceux des sténosies ou des phlegmasies angibrômiques. Ces symptômes sont occasionnés par les changements de position des vers lombrics ou du ténia; quelquefois même la mort arrive d'une manière aiguë : c'est ce qui a lieu lorsque les entozoaires pénètrent dans le tube aérien. On admet aussi qu'une encéphalopathie accompagnée de convulsions, symptomatiques de la présence des vers, peut, chez les enfants, avoir très-promptement une terminaison funeste. Ailleurs c'est d'une manière lente, graduée, et le plus ordinairement par suite de l'anémie et de l'amaigrissement général, conséquences des mauvaises digestions, que la mort a lieu. En définitive, rarement les vers font-ils par eux-mêmes périr les malades; mais ils sont les causes de souffrances habituelles, et d'une grande détérioration dans la constitution.

Etiologie. Pathogénie.

8148. On ignore complétement, dans l'état actuel de la science, quel est le mode de formation première des vers intestinaux. L'histoire naturelle n'a point encore éclairci un sujet si obscur. On conçoit à peine comment ces animaux peuvent se développer dans le

corps de l'homme où ils vivent isolés. La présence des organes génitaux dans les helminthes, leur forme, leur structure toujours la même dans une même espèce, le petit nombre de ces espèces, toutes les analogies enfin déduites des observations faites sur les autres membres de la série animale, sont des circonstances qui ne permettent guère de douter qu'ils se forment et se multiplient par des œufs et par la fécondation. Mais comment les premiers individus et surtout comment le ténia (considéré comme unique ou comme multiple) ont-ils pu d'abord se développer dans le conduit alimentaire? C'est en cela que gît la difficulté. Nous ne chercherons pas à la résoudre, et nous renvoyons à la zoologie les discussions qui se rapportent à de telles questions.

8149. Si la cause première de la formation et du développement des helminthes angibrômiques est inconnue, on a du moins observé que certaines circonstances favorisent l'une et l'autre. En général, une constitution molle et faible, une disposition habituelle à des selles humides, sont les principales conditions dans lesquelles on voit se manifester les lombrics et les ascarides vermiculaires. Aussi on observe que les enfants, que les femmes pâles et peu robustes, que les hommes fréquemmeut atteints de blénentérorrhée, sont plus souvent que d'autres exposés aux vers intestinaux; l'usage d'une nourriture végétale et peu réparatrice paraît aussi influer sur le développement de ces entozoaires. Il semble que la mincité et que le défaut d'énergie des fibres musculaires angibrômiques soient pour quelque chose dans la facilité avec laquelle les vers séjournent dans les cavités digestives. Les auteurs ont cité d'assez nombreuses observations d'*épidémies* qu'il appelaient *vermineuses*, et dans lesquelles les malades atteints de diarrhées fréquentes et abondantes rendaient avec les selles des helminthes en proportion notable. Certes, ce n'était pas prouver que les vers fussent les causes des phénomènes morbides observés, et il y a tout lieu de penser que si, dans ces *maladies populaires*, on eût examiné après la mort les organes gastrentériques, on y eût trouvé des lésions indépendantes de l'action des helminthes. D'après tout ce qui a été dit précédemment, il y a tout lieu de penser que les vers n'ont pas causé ici la maladie, mais qu'ils se sont développés à l'occasion des accidents angibrômiques qui avaient lieu. Seulement il ont pu sans doute aggraver le mal par leur présence.

8150. Il est certaines localités où les helminthes paraissent être

plus fréquemment observés que dans d'autres ; par exemple dans certaines provinces de France on en cite plus d'exemples qu'à Paris. Il est très-possible qu'il en soit ainsi; car les animaux d'espèces variées se rencontrent plus souvent dans telle contrée que dans telle autre; et l'on ne voit pas pourquoi il n'en serait pas des entozoaires comme des autres êtres de l'échelle zoologique.

8151. En général on trouve principalement le ténia chez des gens amaigris et d'une constitution faible et nerveuse ; cela ne prouve pas positivement que de telles dispositions organiques aient de l'influence sur le développement de ces vers. Il est fort difficile de distinguer ici la cause de l'effet. Le ver solitaire, comme on l'appelle, par le défaut d'alimentation qu'il produit, par les souffrances dont il est le point de départ, peut donner lieu soit à la maigreur, soit à la faiblesse générale, et les sensations pénibles éprouvées dans l'abdomen par les gens qui portent un ténia, doivent rendre ceux-ci irritables et nerveux.

Thérapeutique.

8152. S'il est un état organopathologique dans lequel les médicaments spécifiques soient indiqués, c'est à coup sûr l'angibrômo-helminthie. Il s'agit ici d'animaux parasites, et la meilleure méthode à employer serait de les faire périr par l'emploi d'une substance toxique pour eux et innocente pour l'homme qui en serait atteint. La difficulté est de découvrir de telles substances, et la plupart de celles qui ont été employées dans cette intention exercent souvent une action délétère sur l'homme tout aussi bien que sur l'entozoaire ; souvent même on voit celui-ci résister aux moyens les plus énergiques et présumés les plus toxiques par rapport à lui, sans en être le moins du monde blessés, tandis que les organes de l'homme qui le porte en sont plus ou moins altérés. La plupart des médicaments qui ont le mieux réussi ont agi seulement par les contractions énergiques de l'intestin, qu'ils ont déterminé, et non pas en frappant de mort les helminthes angibrômiques.

Médicaments anthelminthiques.

8153. On a distingué les médicaments spécifiques employés contre les vers en *vermicides* (qui tuent les vers), et en *vermifuges* (qui les expulsent). Les principaux *anthelminthiques* sont les suivants : 1° Le *mercure: à l'état métallique,* où il ne réussit guère ; sous forme *d'onguent;* on le donne dans ce cas en pilules, à la dose de quatre à cinq décigrammes, une ou deux fois par jour; formant le *proto-*

chlorure de mercure (*mercure doux, calomel*) à la dose de deux à cinq décigrammes pendant deux ou trois jours de suite, et de cette sorte le métal dont il s'agit est souvent administré avec avantage; 2° l'*arsenic, médicament poison,* qui peut tuer l'homme tout aussi bien que les vers, et dont la prudence défend l'emploi : donné même contre le ténia à la dose de un à cinq centigrammes par jour, je ne conseillerais pas d'en faire usage; 3° des *préparations antimoniales* qui agissent plutôt comme émétiques ou comme purgatifs que comme vermifuges; 4° l'*étain*, qu'on fait prendre sous forme de limaille. On a administré celle-ci à la dose de deux à quatre grammes, et Rudolphi en a donné contre le ver solitaire jusqu'à cinquante grammes. Dans les mêmes cas, on a proposé le *sulfure d'étain* dans les proportions de dix à seize grammes; 5° la *mousse de Corse* (fucus helminthocorton), que l'on donne avec avantage aux enfants, et cela en décoction, dans du lait bien sucré, à la dose de quatre à seize grammes; ou en gelée, dans les proportions de deux ou trois cuillerées à bouche par jour; 6° le *semen contra* (*vermes* sous-entendu), qu'on donne en poudre à la dose de cinq à dix grammes, soit dans les potages, dans des dragées, soit dans des biscuits, dans du pain d'épice ou dans tout autre véhicule; 7° l'*écorce fraîche de la racine de grenadier*, médicament héroïque dont Buchanan, de Calcutta, rappela l'usage anciennement répandu chez les Romains; remède que Gomès, de Lisbonne, popularisa, et qui est administré soit en poudre, à la dose de quatre à huit grammes, soit en décoction (soixante grammes d'écorce dans sept cent cinquante grammes d'eau, réduction à cinq cents grammes, en trois doses, à une heure d'intervalle); on alterne avec un purgatif drastique : de telle sorte que de trois jours en trois jours, pendant neuf jours, on donne de nouveau cette décoction, et que le lendemain de chaque prise on administre le purgatif.

8154. Il est rare, dit-on, que cette médication ne fasse pas rendre le ténia (1). On emploie aussi avec avantage l'*extrait aqueux* ou alcoolique d'*écorce de grenadier*. *La décoction de cette substance* est conseillée en lavement pour remédier soit aux lombrics qui peuvent se trouver dans les gros intestins, soit aux ascarides vermiculaires qui, si souvent, existent au-dessus de l'anus (2); 8° la *racine de fougère*

(1) J'ai été assez malheureux pour ne pouvoir admettre cette assertion, car plus d'une fois ce remède que j'administrais n'a pas fait rendre ce ver.

(2) A Paris, les grenadiers verts dont il est bon de prendre l'écorce de la racine

mâle, qui formait la base du remède de Nouffer contre le ténia. *La décoction* se fait avec une proportion (qui varie de dix à soixante grammes) de cette racine dans un kilogramme d'eau, réduit ensuite à cinq cents grammes; on la donne pure ou mélangée avec d'autres boissons (et convenablement édulcorée) non-seulement contre le ver solitaire, mais encore contre les autres helminthes. On emploie aussi l'*oléo-résine de fougère préparée suivant la méthode de Peschier*. On en fait cinq pilules de cinq centigrammes, que l'on donne le soir dans l'espace d'une heure. Le lendemain on administre une dose purgative d'huile de ricin. *On prétend* que ce remède est encore plus actif contre le ténia que l'écorce de grenadier. *On dit* que les enfants qui couchent sur les feuilles de fougère ne sont pas sujets aux vers; 9° la *décoction de suie* est, *assure-t-on*, fort utile pour combattre les ascarides du rectum; 10° enfin on a préconisé une foule de végétaux amers ou aromatiques contre les vers, tels que l'*armoise*, la *tanaisie*, l'*absinthe*; ou des médicaments dangereux, tels que la *fève de Saint-Ignace*, la *noix vomique*, etc., dont l'efficacité nous paraît infiniment moins constatée que celle des anthelminthiques précédemment cités.

Purgatifs anthelminthiques.

1855. Encore une fois, la plupart des médicaments dits anthelminthiques sont de véritables purgatifs, en sorte que beaucoup de drastiques pourraient être employés avec succès contre les vers intestinaux. Lors même que l'on trouverait des substances qui directement tueraient les vers sans nuire à l'homme qui les porte, il n'en faudrait pas moins, si ces substances n'étaient pas purgatives, y associer quelques remèdes qui solliciteraient les contractions du tube alimentaire. C'est à ce titre que la *gomme gutte*, l'*extrait de coloquinte composé*, les *résines de jalap et d'aloès*, ou même seulement l'*huile de ricin*, peuvent avoir de l'avantage. Cette dernière est d'un usage très-fréquent, et doit avoir un double avantage : 1° de solliciter les contractions du tube digestif; 2° de faciliter, par ses qualités onctueuses, l'évacuation des vers et de leurs débris. L'*huile de croton tiglium* est loin d'avoir le même degré d'utilité, parce que ce médicament est si irritant qu'il peut altérer l'intestin et causer des dou-

pour être plus sûr des médicaments que l'on emploie, ont souvent été greffés sur des tiges de myrte. Si l'on ne tient pas compte de ce fait, on est exposé à donner de l'écorce de racine de myrte plus ou moins inerte à la place de la substance dont l'action est recherchée.

urs très-vives, et parce qu'il est donné en trop petite quantité pour le sa viscosité puisse être de quelque utilité.

Précautions à prendre lors de l'évacuation du ténia.

8156. Quand, par suite d'un moyen quelconque, ou lorsque, par effet de quelque circonstance inconnue, le ténia vient à être évacué n partie et à faire saillie hors de l'anus, les praticiens donnent avec ison les préceptes : *de rouler soigneusement l'extrémité sortie autour un carte; de le faire avec la plus grande douceur*, en même temps que malade se livre à de légers efforts; d'éviter de tirer par secousse, et tout dans la crainte de rompre le ver. Il est en effet d'une grande nportance que tout le ténia, et particulièrement *la tête*, soient évaiés; l'expérience a appris en effet que le mal récidive constamment ors qu'il reste dans l'intestin quelques fragments de la partie céalique du ver.

8157. On conçoit du reste que des injections de substances irgatives et huileuses dans le rectum, que de douces frictions sur ventre, dans la direction connue des gros intestins, peuvent favoser, jusqu'à un certain point, l'évacuation des vers intestinaux.

Traitement des ascarides vermiculaires.

8158. Les injections dans le rectum, les purgatifs administrés ır cette voie, sont les moyens principaux de traitement dirigés contre s ascarides vermiculaires. Il ne faut pas cependant s'exagérer l'utié de ces médicaments; des lavements simples répétés ne réussissent is ordinairement à faire évacuer les ascarides. Ces vers contenus ns les enfoncements, dans les replis des gros intestins, séjournant ssi dans l'espèce de cul-de-sac que présente par en bas le rectum -dessus du sphincter, ne se laissent point aussi facilement entraîner dehors qu'on pourrait le croire. Je ne sais même si les injections ntinues faites avec des sondes à double courant, ou si des douches cendantes pourraient mieux remplir la même indication. Dans de s cas, il est donc indispensable d'employer des substances anthelnthiques et drastiques, introduites par le rectum; attendu que, cette façon, elles agissent directement sur les vers eux-mêmes sur les parties qui les contiennent. L'introduction de corps gras ns l'anus, au-dessus du sphincter, est utile pour soulager malades de l'insupportable prurit que cause la présence des carides vermiculaires. Les lavements à la température de zéro, encore à une chaleur telle que le malade en éprouve une sention pénible (sans que cela soit porté au point d'être dangereux),

me paraissent être utiles pour provoquer l'expulsion des vers contenus dans la dernière partie du tube digestif. Ces derniers moyens, du reste, seraient combinés avantageusement avec quelque purgatif capable de solliciter les contractions des fibres musculaires de l'intestin.

Moyens dirigés contre l'état général de la constitution.

8159. Ce serait peu que de détruire actuellement les vers et d'en déterminer l'expulsion, si l'on ne remédiait encore aux circonstances d'organisation qui en favorisent ou peut-être qui en décident le développement. Chercher, par une alimentation réparatrice propre à rendre la circulation active et énergique, à fortifier les fibres musculaires de l'angibrôme; donner une nourriture sèche et telle qu'elle prévienne la mollesse ou la liquidité habituelle des matières, tels sont les moyens de premier ordre qu'il convient ici d'employer. C'est ainsi qu'un régime animal, que des viandes faites, grillées ou rôties, que des poissons faciles à digérer, que des œufs frais cuits à ce point où l'albumine est à demi coagulée, que du vin généreux, vieux et contenant du tannin en proportion notable, sont très-indiqués. Il n'en est pas ainsi des viandes blanches, et particulièrement du veau, du laitage, des herbages, des fruits et même des fécules, n'importe lesquelles. Ce régime tonique est surtout utile pour les enfants et pour les sujets disposés aux lombrics et aux ascarides (n° 8149); il conviendrait même dans le cas où un ténia existerait dans le tube digestif. On secondera l'emploi de tels moyens par un exercice modéré, par la respiration d'un air pur. Si dans le pays où se trouvent les malades, les helminthes sont fréquemment observés, on fera changer l'habitation. On songera à remédier à l'état moral, à la sensibilité exagérée, aux inquiétudes sur leur santé, qu'éprouvent en général les personnes qui ont été atteintes du ver solitaire, ou qui se persuadent à tort le porter encore. Cette préoccupation de l'esprit est souvent observée, et le médecin éprouve une grande difficulté à détruire de telles pensées que les spéculateurs encouragent à leur profit. Il est arrivé dans des cas où une idée semblable était enracinée dans l'esprit d'hypochondriaques, de leur faire évacuer des fèces par des purgatifs; d'y faire ajouter, à l'insu des malades, un ténia, et de remédier ainsi, au moins momentanément, à l'état mental dont il s'agit. Certes, il y a dans cette supercherie quelque chose qui ne s'accorde guère avec la dignité du médecin et avec la haute sincérité qui doit diriger ses discours et mieux encore ses actions;

is enfin lorsque le salut et la tranquillité d'un homme peuvent être conséquences d'un mensonge officieux, alors, suivant nous, le nsonge est permis.

160. Rappelons-nous aussi que le public, et surtout que les umes, ont fait sur les vers des théories à eux; et qu'ils croient r, dans une foule de maladies de l'enfance, une cause vermineuse souvent n'existe que dans leur imagination. De là des représenons, des obsessions continuelles pour donner aux petits malades médicaments contre les helminthes; cela ne doit pas modifier le ins du monde les prescriptions des médecins consciencieux. Sans ite il faut ménager les parents; sans doute il faut plutôt détruire des paroles bienveillantes, dites à propos et avec convenance, des othèses enracinées dans les esprits, plutôt, dis-je, que de heurter squement des opinions erronées. Mais dans aucun cas on ne devra scrire par complaisance des médicaments dangereux. Seulement, nd on aura soi-même quelques doutes sur la possibilité de la prése des vers dans l'angibrôme, on administrera quelques purga- ou quelques anthelminthiques dont l'action soit assez douce r n'être pas à craindre.

CHAPITRE XIX.

DYSNERVIES ANGIBRÔMIQUES

(affections nerveuses, névroses du conduit alimentaire).

Généralités; nomenclature; notions historiques.

161. S'il est une partie de la science où l'insuffisance du lane généralement admis se fasse sentir, c'est à coup sûr l'histoire affections très-complexes réunies sous le nom de gastralgies. e expression désigne toutes les douleurs dont l'estomac peut être ége, et n'indique en rien l'espèce de lésion qui les cause. A la eur la gastrite, les carcinômes de l'estomac ou même de simples vements de péristole, etc., seraient accompagnés de gastralgies, que dans ces affections fréquemment des souffrances se déclarent. effet, l'expression gastralgie signifie seulement que l'estomac est loureux. Sans doute on objectera qu'en général on appelle ainsi affections nerveuses de cet organe; mais il serait facile de citer grand nombre de cas dénommés de cette façon, et qui ne sont

autre chose que des lésions matérielles; de ce nombre sont : 1° l
souffrances gastriques produites par l'abstinence ou par l'aliment
tion insuffisante (dans lesquelles, à coup sûr, il y a des modific
tions profondes dans la trame des tissus); 2° les douleurs produit
par le contact de liquides acides sur la membrane muqueuse st
macale, etc. Voudrait-on prendre le mot gastralgie comme une e
pression vague qui, *sans préjuger* sur la nature du mal, serait u
terme générique applicable à toute maladie gastrique douloureus
Alors de deux choses l'une : ou bien on s'en servira pour dire seul
ment que l'estomac est douloureux, et l'on aura raison d'en ag
ainsi; ou bien on voudra en faire un *genre de maladies gastriqu*
dont les espèces seront représentées par les épithètes : inflammatoir
ulcéreuse, cancéreuse, nerveuse, venteuse, etc.; et on procédera
la façon de Sauvage et de ceux qui l'ont suivi. Alors on prendra
phénomène symptomatique le plus léger pour la base de l'une d
grandes divisions du cadre nosologique, et l'on considérera comn
chose secondaire la lésion organique qui occasionnera le symptôm
Or, dans l'état actuel de la science, il n'est personne que je sac
qui consente à fonder la pathologie sur de telles bases.

8162. Mais le mot gastralgie est tout à fait insuffisant pour dés
gner plusieurs états nerveux dont l'estomac peut être le siége; bi
plus, pris dans le sens absolu de névropathie de l'estomac, il est no
seulement incorrect, mais il conduit aux données les plus fausse
En effet, sous un même tableau, il comprend les lésions les plus d
férentes relativement à leurs symptômes, et aux indications thér
peutiques qu'elles présentent. C'est ce que la suite de cet article d
montrera bientôt. Ainsi le mot gastralgie est défectueux, faux da
ses applications; il conduit à des conséquences pratiques absurde
Dans l'ancien langage le mot névrose gastrique convenait infinime
mieux que celui de gastralgie pour désigner les affections que
dernier est généralement appelé à désigner.

8163. Lorsque Broussais, ébloui par ses belles idées sur la lo
calisation des maladies et par ses recherches sur les suites des in
flammations, suites qu'il avait décorées du nom de phlegmasie chr
nique; lorsque Broussais, dis-je, eut réduit en quelque sorte à l'
tude de la gastrentérite la plus large partie des souffrances d
l'homme, il arriva que l'histoire des gastropathies nerveuses f
comprise dans l'immense catégorie des inflammations stomacal
Déjà Cullen, Pinel et les autres nosologistes de cette époque avaie

.té le nombre des névroses gastriques; mais la plupart des pra-
:ens admettaient encore au nombre des maladies : la dyspepsie ou
epsie (difficulté ou défaut de digestion), l'anorexie (défaut d'ap-
t) (1), la boulimie (appétit très-exagéré), la malacie, le pica (ap-
it dépravé), le pyrosis (sensation brûlante d'un fer chaud au creux
l'estomac), la cardialgie (douleur fixée au cardia), etc., etc.
ussais fit sentir que toutes ces entités morbides étaient le plus
vent des symptômes d'états organiques variés; et loin de s'en
r à des vues si sages, il ne manqua pas de rapporter le plus sou-
t ces symptômes à sa chère gastrite chronique; c'est là que com-
ıça le mal, et ce mal fut grand, car il eut pour conséquence, dans
ı des cas, une thérapeutique déplorable.

164. Il était inévitable que l'on ne s'aperçût pas de l'extrême
fusion, et surtout de la très-mauvaise pratique où tout cela
duisait. Plusieurs médecins s'élevèrent avec énergie contre de
es doctrines. Parmi ceux-ci il faut surtout citer M. Barras, qui
lia sur les gastralgies un ouvrage qui dans son temps fit quelque
sation. Considérant que beaucoup d'affections chroniques de l'es-
ac sont améliorées soit par les aliments réparateurs, soit par des
s hygiéniques et par une médication tonique, ce médecin s'était
ivé fort mal, dans une gastropathie qu'il avait lui-même éprouvée,
sangsues, de l'eau de gomme et de l'alimentation végétale.
Barras s'étant rétabli en employant des moyens opposés, regarda
qu'il avait éprouvé *comme une affection nerveuse;* puis il observa
faits analogues sur d'autres personnes, et partit de là pour écrire
ouvrage.

165. Déjà mon maître et mon ami, M. le professeur Fouquier,
t insisté sur des idées du même genre. Dès lors la gastralgie,
ıcoup trop généralisée pour d'autres médecins, prit la place de
astrite chronique. Ils ne distinguèrent plus les cas : le diagnostic
ınique fut négligé; il leur suffit de dire qu'une affection était ner-
se pour employer toujours un traitement banal, tonique, parfois
e, et souvent dangereux. Bientôt des spéculateurs s'emparèrent
ces idées; les affiches, les annonces relatives aux traitements des
ralgies se multiplièrent. D'insolents médicastres osèrent atta-
r, par des pamphlets injurieux, les noms les plus honorables, et
astralgie voila l'ignorance d'un grand nombre, comme la gas-

Il est évident que tous ces *anciens* mots rentrent dans le cadre de notre
enclature.

trite chronique avait dispensé plusieurs autres de se livrer à de
études sérieuses.

8166. De ce qu'on guérit souvent certaines affections lentes dont l'estomac paraît être le siége par les aliments fortifiants et par les médicaments toniques, il ne s'ensuit pas qu'il s'agisse alors d'une affection névropathique de cet organe. Quand je publiai, en 1828 mon Mémoire sur l'abstinence et sur l'alimentation insuffisante, c n'était pas de la gastralgie que je parlais, c'était des cas les plus di vers parmi lesquels se trouvaient des ramollissements, des lésions or ganiques, et même certains états plus ou moins inflammatoires de l'estomac. Cependant je disais avoir réussi, dans bien des circon stances du même genre, par un régime réparateur. Il est certaines névrogastralgies où l'on se trouve fort mal de semblables moyens et la suite de ce travail démontrera, je l'espère, au lecteur, que les névropathies du tube digestif sont loin de mériter toutes le même traitement.

Entéralgies, iléus des auteurs.

8167. Les affections dites nerveuses des intestins ont encore été suivant nous, très-mal étudiées. — D'abord on serait fort embarrass de dire ce que l'on a entendu par *iléus nerveux*. Ceux qui se serven encore de cette expression pourraient bien ne pas se comprend eux-mêmes. Lors de mes études pour le doctorat (1815), fréquentai la clinique de Leroux qui avait succédé à l'illustre Corvisart, le ch de service donna le nom d'*iléus nerveux* à l'affection qu'éprouva un homme qui jetait les hauts cris, tant il éprouvait d'atroces dou leurs de ventre. Ce malheureux succomba, et, à la mort, on trouv les intestins rouges, cramoisis, violacés et largement gangrénés pa place. Je n'ai jamais vu depuis une lésion aiguë de l'angibrôme aus générale et aussi grave. En vérité, je crois qu'il s'agissait d'un em poisonnement. Depuis ce temps, le mot d'iléus nerveux m'est res dans l'esprit avec je ne sais quelle antipathie, et lorsque je l'entend prononcer, je me rappelle toujours le diagnostic de Leroux et mort du pauvre malade.—Le plus souvent, les douleurs entérique même les plus aiguës, sont dues, soit à la distension des intesti par des gaz ou des matières, soit à la contraction des fibres musc laires de ces organes. Il est une entéralgie spéciale que l'on croit êt due directement à l'action du plomb et qui, d'après mes recherche n'est autre chose que le résultat de la distension et de la contractio de l'intestin au-dessus des régions de cet organe frappées d'anerv

paralysie). D'un autre côté, on n'a pas assez tenu compte des douleurs excessives, des distensions singulières dont l'angibrôme est parfois atteint chez les femmes hystériques. — Les gens atteints d'hémorrhoïdes ou de fissures à l'anus éprouvent des douleurs très-vives qui, se propageant parfois d'une manière évidente le long du système nerveux de l'intestin, montent jusqu'à l'estomac, où elles causent des nausées et parfois des vomissements.

9168. Il est d'autres états névropathiques du tube intestinal que l'on a peu étudiés, et qui méritent encore une sérieuse attention. De ce nombre sont : 1° La lenteur, la faiblesse, le défaut d'action des fibres musculaires de l'intestin et probablement aussi la diminution dans l'action nerveuse de ces parties d'où résulte *la paresse du ventre* ou une des variétés de la constipation ; 2° certains états des sphincters de l'anus dans lesquels ces anneaux contractiles se resserrent avec tant d'énergie qu'ils gênent le passage des matières ou y mettent obstacle ; 3° des états entièrement opposés dans lesquels les fibres musculaires du pourtour de l'anus sont tellement affaiblies qu'elles ne se contractent plus et qu'elles laissent, pour ainsi dire, couler sans interruption des mucosités et des fèces liquides.

9169. Que si nous ajoutons à cette énumération, d'une part, les névropathies de la bouche, parmi lesquelles les névrodontalgies tiennent un rang si important, et, de l'autre, celles du pharynx et de l'œsophage, qui peuvent aussi compliquer un grand nombre de lésions organiques, que si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les modifications que peut éprouver l'action nerveuse de l'angibrôme à l'occasion des affections variées du centre encéphalorachidien ou des ganglions trisplanchniques, nous serons convaincus de la vérité des propositions suivantes :

1° On a très-incomplétement et en général très-mal étudié les névropathies du tube digestif;

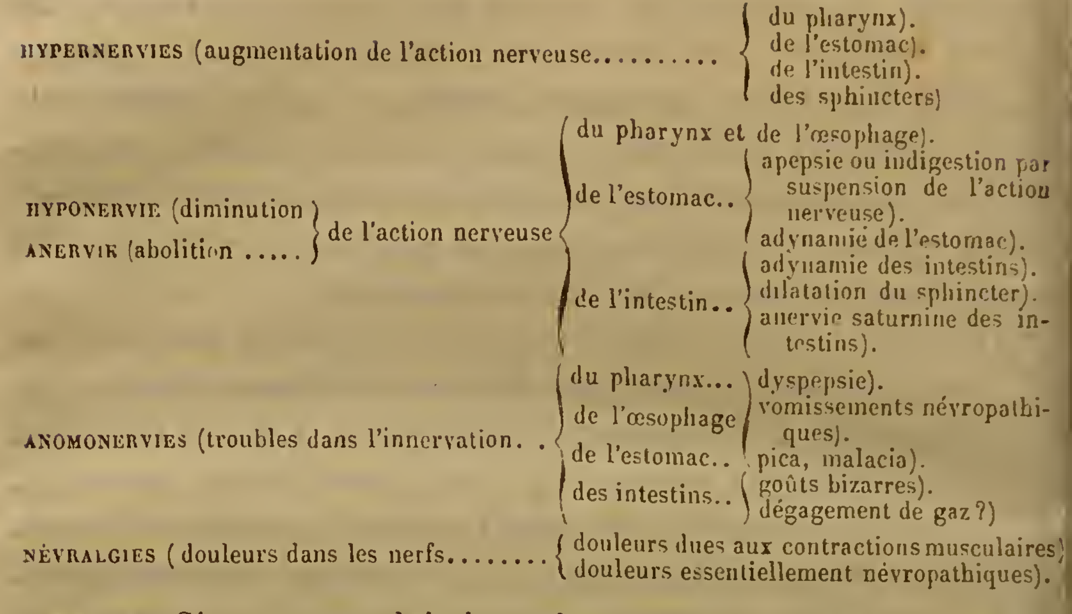
2° Leur nomenclature est vicieuse et très-insuffisante ;

3° Elles exigent une nomenclature nouvelle;

4° Un grand nombre des névrangibrômies sont encore peu connues et leur étude réclame de nouvelles recherches.

5° Cependant il en est une certaine proportion dont l'histoire particulière peut être faite.

9170. C'est en nous fondant sur les conclusions précédentes que nous tracerons le tableau suivant:



HYPERNERVIES (augmentation de l'action nerveuse..........			du pharynx). de l'estomac). de l'intestin). des sphincters)
HYPONERVIE (diminution / ANERVIE (abolition	de l'action nerveuse	du pharynx et de l'œsophage).	
		de l'estomac..	apepsie ou indigestion par suspension de l'action nerveuse). adynamie de l'estomac).
		de l'intestin..	adynamie des intestins). dilatation du sphincter). anervie saturnine des intestins).
ANOMONERVIES (troubles dans l'innervation. .		du pharynx... de l'œsophage	dyspepsie). vomissements névropathiques).
		de l'estomac..	pica, malacia).
		des intestins..	goûts bizarres). dégagement de gaz ?)
NÉVRALGIES (douleurs dans les nerfs........			douleurs dues aux contractions musculaires) douleurs essentiellement névropathiques).

§171. Si nous nous laissions aller à l'intérêt que présentent les sujets nombreux qu'embrasse ce tableau, notre article aurait une étendue que ne comporterait pas le cadre de cet ouvrage. Nous dirons seulement ici ce qu'il est indispensable de faire connaître; d'ailleurs, dans les chapitres qui ont précédé celui-ci, nous avons agité plusieurs des questions qui se rapportent aux affections dont nous traitons actuellement. Nous croyons, du reste, que l'énumération qui vient d'être faite paraîtra aux praticiens qui liront ce livre si vraie et si naturelle, qu'ils ne concevront pas qu'on ait pu, jusqu'à présent, considérer autrement les névropathies ou, si l'on veut, les névrosies angibrômiques.

HYPERNERVIES ANGIBRÔMIQUES

(augmentation dans l'action nerveuse du tube digestif, boulimie, appétit exagéré).

§172. C'est spécialement pour l'estomac qu'il est difficile de ne pas admettre, dans certains cas, une augmentatation de l'action nerveuse. Comment expliquer autrement ce qui a lieu chez certaines gens et notamment chez des femmes hystériques ou enceintes, chez quelques hommes irritables? En effet, sans cause connue, tout à coup l'appétit devient très-vif, en quelque sorte insatiable (boulimie), et l'on ne trouve aucune lésion organique, aucune accumulation de liquide gastrique en rapport avec un semblable fait. Dans de tels cas, la digestion prend une activité anomale; des aliments qui d'ordinaire sont plus ou moins réfractaires à l'action des organes gastrentériques, se digèrent avec facilité. On voit quelquefois telle femme débile se nourrir avec les substances les plus grossières qui les jours précédents ou dans toute autre condition organique, au-

raient été fort mal digérés et auraient occasionné les accidents les plus graves.

8173. On observe parfois une semblable augmentation dans l'action gastrique à la suite de la convalescence de maladies graves et lorsque l'économie a éprouvé de grandes pertes de liquides. S'agit-il alors d'une véritable exagération de l'action nerveuse? Il est difficile d'expliquer un tel fait de toute autre façon. On peut en dire autant de ce qu'on voit chez des gens qui habitant de grandes villes, les quittent pour respirer l'air pur des campagnes et surtout celui des pays élevés ou situés sur les bords de la mer. Tout aussitôt qu'ils ont changé de lieu, l'appétit reparaît, les digestions cessent d'être languissantes et deviennent souvent exagérées par rapport à l'état ordinaire. Sans doute, de tels phénomènes sont les conséquences de quelques modifications profondes dans l'organisme, dues, soit à une respiration plus complète, soit à un exercice salutaire remplaçant un repos contraire à la santé, soit encore aux distractions que cause le changement d'habitation. Mais, en définitive, il est difficile de ne pas admettre que le résultat de ce changement de régime n'est autre qu'une augmentation dans les fonctions nutritives et dans l'innervation, non-seulement de l'économie en général, mais encore de l'estomac en particulier.

Contraction spasmodique des sphincters.

8174. Une question non moins importante se présente ici : Souvent on observe, chez des individus *dont la constitution est nerveuse*, que le sphincter de l'anus se contracte avec une grande énergie, à ce point qu'il devient fort difficile d'y introduire une canule pour faire des injections. Cette contraction exagérée met obstacle à la défécation. De tels phénomènes sont très-souvent liés à une hyperesthésie (augmentation dans la sensibilité) dans la membrane muqueuse de l'intestin rectum.

8175. On peut se demander si parfois il n'existe pas quelque chose de pareil dans certaines affections fort peu connues de l'angibrôme où l'on voit des symptômes de sténosie pylorique (n° 7462) se dessiner sous l'influence de causes morales. Chez des sujets très-irritables, il est au moins certain que de tels accidents se dissipent promptement d'une manière spontanée ou sous l'influence d'une médication dite antispasmodique.

8176. C'est par l'étude attentive des symptômes et des causes sous l'influence desquelles se dessinent les phénomènes angibrômi-

ques dont il vient d'être fait mention, c'est par l'absence des caractères biorganographiques propres à constater quelque lésion matérielle de l'angibrôme, que l'on peut espérer établir le diagnostic des diverses hypernervies dont il vient d'être fait mention.

8177. La plupart de ces phénomènes ne peuvent pas être considérés comme *des maladies.* Plusieurs d'entre eux constituent même le retour vers un état de santé meilleur, et nous en avons parlé seulement pour éclairer des cas pathologiques douteux et non pas dans l'intention d'établir une thérapeutique en rapport avec ces mêmes phénomènes. Du reste, tous les états pathologiques, réunis par nous sous le nom commun d'*hypernervies*, n'existent point, à coup sûr, sans causes matérielles. Ici, comme dans tous les symptômes qui vont suivre, il existe certainement des altérations, des modifications organiques; *nous n'admettons pas le moins du monde que l'innervation puisse être augmentée sans que le tissu où elle se manifeste ait été préalablement modifié.* Pour nous, quand il existe une altération dans la motilité ou dans la sensibilité, c'est que d'abord les organes chargés de l'influence, de la transmission ou de l'accomplissement des phénomènes nerveux, ont été altérés. Ainsi nous voyons dans l'hypernervie gastrique qui suit de longues maladies, la constitution être modifiée, le nombre des molécules des organes être diminué, etc., et de cet état organique résulte l'augmentation dans le besoin de réparer les pertes et dans les actes nerveux (appétit, action gastrique) qui sont en rapport avec ce besoin. Ainsi, dans les cas où les sphincters se contractent spasmodiquement, il y a très-souvent des fèces accumulées, des hémorrhoïdes, des fissures, etc., toutes causes physiques de cette contraction. Des considérations du même genre sont souvent applicables aux autres affections nerveuses dont il va être parlé.

8178. L'état de contraction des sphincters de l'angibrôme peut être plus apparent que réel. On sait que tout muscle a une tendance continuelle à revenir sur lui-même, à se resserrer. Or, ceci est vrai des fibres longitudinales des organes, comme des fibres circulaires constituant les anneaux dont nous parlons. C'est à une sorte d'équilibre entre les contractions de ces deux ordres de faisceaux charnus, qu'est dû l'état habituel où se trouvent l'estomac, le rectum et le pourtour des ouvertures qui les maintiennent fermés. S'il arrivait donc qu'il y eût une hyponervie, une asthénie des fibres longitudinales, tandis que les fibres annulaires conserveraient leur puissance, il en résulterait que le resserrement réel des sphincters serait augmenté de la somme

de puissance qui eût été nécessaire pour contrebalancer l'action ordinaire des fibres longitudinales; il peut donc très-bien arriver qu'il y ait parfois plutôt hyponervie ou anervie du rectum qu'hypernervie de son sphincter. Cela est à coup sûr vrai de quelques cas dans lesquels une scorentérasie (1) existe depuis un temps plus ou moins long, l'intestin se trouvant d'ailleurs dans un relâchement réel appréciable même au toucher. Alors il arrive souvent que le sphincter anal est contracté. Or, tout aussitôt que, dans des cas pareils, le besoin de la défécation est tel que le mouvement des fibres longitudinales se rétablit, alors l'anneau terminal de l'intestin se dilate et sa contraction cesse. Dans de tels cas, à coup sûr, ce n'est pas par de la belladone, par de l'opium, ou par d'autres médicaments pareils, qu'il est possible de remédier au mal, mais bien par une médication purgative. Preuve de plus qu'avant de traiter une maladie *nerveuse* par des *antispasmodiques*, il faut étudier soigneusement ces phénomènes névropathiques et leur nature intime.

Indications thérapeutiques relatives aux hypernervies angibrômiques.

8179. Remédier à la cause organique qui a déterminé et qui entretient l'hypernervie, est tout d'abord le point capital; par exemple, dans celle de l'estomac, qui reconnaît pour point de départ une alimentation insuffisante ou des pertes de liquides, il est évident que l'indication de nourrir est la base de toute médication. S'agit-il du rétrécissement spasmodique des sphincters, il faut chercher s'il n'y a point quelque altération de structure ou quelque souffrance de la membrane muqueuse qui l'entretienne, et remédier à cette altération physique. Que de fois, en effet, n'ai-je pas vu la présence habituelle de matières indurées dans le rectum être la cause d'une contraction du sphincter qui se dissipait après l'emploi de purgatifs! Quant aux hypernervies angibrômiques de causes inconnues, il faut, suivant les cas, employer une médication adoucissante et émolliente, éviter l'action des excitants naturels de ces organes; parfois surexciter momentanément ces organes par des substances dites stimulantes (l'éther, l'alcool, le sulfate de quinine, etc.); ailleurs, avoir recours à des médicaments narcotiques, tels que l'opium et son alcoloïde, la belladone, etc.; en général, on se rappellera que l'administration de la plupart de ces moyens ne peut pas être assujettie à des règles tracées *à priori*. Une expérimentation journalière propre

(1) Pour scorentérectasie (dilatation des intestins par des fèces).

à faire connaître ce qui réussit et ce qui échoue est, dans ces affections comme dans beaucoup d'autres névralgies, la base principale sur laquelle il est bon de régler sa conduite. (Voyez l'histoire des Névralgies en général.)

8180. Il est une remarque à faire relativement aux hypersthénies des sphincters de l'anus. Parfois la contraction *involontaire* de ces anneaux est telle qu'au moment où la membrane muqueuse vient de faire saillie au dehors à la suite de la défécation, tout à coup les sphincters se resserrent, étranglent pour ainsi dire, dans leur étroite ouverture, cette membrane interne, alors qu'elle tend à remonter vers le bassin. Cet étranglement devient ainsi la cause de congestions mécaniques, de phlébectasies, d'hémorrhoïdes, d'érosions douloureuses, etc. Lorsque de telles lésions existent, elles sont entretenues et exaspérées par le même mécanisme. Le moyen de remédier aux accidents que cause cette contraction des sphincters est, immédiatement après la défécation, d'enduire la membrane muqueuse qui fait saillie avec un corps gras et de la réduire avec les doigts, avant que les anneaux de l'anus se contractent. Ces moyens anatomiques et chirurgicaux sont plus utiles dans certains cas de douleurs, de fissures et de prétendues contractions spasmodiques de l'anus, que ne le sont la belladone, la ratanhia et une foule de médicaments prônés par un aveugle empirisme. C'est surtout chez les malades atteints de colorectites ou de toute autre affection dans laquelle les selles sont très-fréquentes, et où la membrane muqueuse, à l'occasion de chaque défécation, est le siége d'une sorte de prolapsus, que les précautions qui viennent d'être indiquées sont d'une très-grande utilité pratique.

HYPONERVIES, ANERVIES PHARYNGIENNES ET OESOPHAGIENNES.

8181. La diminution et l'abolition dans l'action nerveuse du tube digestif sont plus fréquemment observées que son augmentation, et tiennent à des circonstances d'organisation variables. L'anervie (paralysie) de la langue, très-rare comme sensibilité (anesthésie), assez commune comme motilité (amyosthénie), est presque toujours symptomatique de quelque lésion matérielle de l'encéphale; cependant je l'ai parfois observée chez des femmes hystériques, et nous verrons ailleurs que, dans de tels cas, la cause actuelle de la diminution de la motilité tient peut-être à quelque modification dans la manière dont l'action de transmission s'accomplit dans les nerfs. On observe très-souvent l'anervie pharyngienne et œsophagienne (la première plus fréquemment que la

seconde). Ce phénomène constitue, dans bien des cas, un signe pronostique des plus fâcheux et existe souvent dans les hémorrhagies, dans les malaxies et dans certaines névropathies encéphaliques. On le voit aussi à la suite des états organiques que présente le cerveau dans les fièvres graves. L'anervie sénile que l'on a principalement observée chez les aliénés finit par se manifester dans les organes de la déglutition, et alors, en général, la mort est prochaine. Il se peut faire encore que la faiblesse ou l'abolition momentanée de l'action contractile du pharynx et de l'œsophage soit la conséquence de troubles névropathiques locaux en rapport avec l'hystérie, et dans ce cas les accidents sont bien moins graves. Quoi qu'il en soit, le caractère principal de ces anervies est la gêne que les malades éprouvent à exécuter la déglutition. Un murmure particulier se fait entendre; c'est une sorte de glouglou comparable au bruit que font des substances aqueuses pénétrant dans un vase creux. Il semble, dit-on, que les boissons tombent dans un sac; en même temps les aliments ou les liquides s'introduisent souvent dans l'orifice postérieur des fosses nasales ou dans l'ouverture pharyngienne du larynx. De là, l'éternuement, la toux ou l'imminence de la suffocation. On observe des cas, rares sans doute, où l'œsophage ayant perdu toute contractilité, se distend énormément. Presque toujours, dans des faits pareils, il y a des sténosies cardiagastriques qui, bien plus que la diminution dans l'action de l'œsophage, sont les causes de la dilatation de ce conduit.

HYPONERVIES GASTRENTÉRIQUES.

8182. Les hyponervies de l'estomac et des intestins sont peut-être encore plus importantes à étudier que les affections précédentes. Malheureusement elles sont fort peu connues. Nous chercherons, autant qu'il nous sera possible de le faire, à remplir cette lacune.

8183. D'abord on voit certains sujets qui, bien que ne présentant aucun caractère physique ou fonctionnel en rapport avec des lésions appréciables de l'estomac, digèrent mal et ont des indigestions (dyspepsie ou apepsie) pour les moindres causes. La nourriture séjourne très-longtemps dans le viscère; la plessimétrie l'y rencontre encore après cinq, six, huit heures, vingt-quatre heures même après l'ingestion des aliments. La péristole se fait lentement, faiblement, ou même ne se fait pas. Les substances molles, pâteuses, liquides, se digèrent surtout fort mal et donnent lieu au dégagement d'une

grande quantité de gaz qui causent de vives douleurs et tourmentent infiniment les malades.

8184. Les intestins sont alors souvent le siége de phénomènes du même genre. Il y a véritablement une *atonie* de ces viscères ; assez rarement, il est vrai, les aliments ou les liquides séjournent longtemps dans l'intestin grêle, mais c'est surtout dans les gros intestins qu'ils s'accumulent. Il est même remarquable de voir jusqu'à quel point, chez certaines personnes, le colon et le rectum se contractent difficilement à l'occasion de la présence des matières. S'il arrive que momentanément on sollicite les contractions des intestins de tels individus, et si l'on obtient ainsi l'évacuation des fèces, les jours suivants on voit les selles être tout aussi rares.

8185. Dans les circonstances précédentes, il arrive le plus souvent que la chymification ou la chylification s'accomplissent régulièrement ; mais il en est d'autres où la transformation des aliments en chyme se fait avec difficulté ou même n'a pas lieu. Une foule d'états pathologiques du côté du cœur, du poumon droit, du cerveau, etc., accidents qu'il serait trop long de relater ici, succèdent à l'apepsie (indigestion). Quant à la chylification, il semble qu'elle soit moins soumise à l'influx nerveux, et on la voit persister dans des cas où les intestins sont très-affaiblis.

8186. Le rectum est peut-être celui des gros intestins qui est le plus exposé à cette diminution dans l'action contractile ; de là ces stagnations, cette accumulation considérable de matières ; de là ces faits dans lesquels se forment des masses stercorales énormes qui séjournent pendant des mois entiers dans la dernière portion de l'angibrôme.

8187. Dans la plupart des cas précédents, il est bien souvent difficile de dire si c'est par un affaiblissement direct de l'action nerveuse ou bien par suite de l'atrophie des fibres musculaires entériques, ou encore par une diminution dans l'action de celles-ci, que les mouvements du tube digestif perdent de leur énergie nomale.

8188. Dans d'autres cas, il est impossible de ne pas croire qu'il y ait un affaiblissement dans l'action nerveuse, ou une suspension plus ou moins complète de celle-ci.

ANEPSIE, AGASTRONERVIE.

8189. Lorsque la digestion stomacale s'accomplit de la manière la plus régulière possible, chez certaines personnes impressionnables et notamment chez des gens de lettres, souvent l'action de fixer avec attention un corps petit ou une écriture difficile à bien lire, déter-

mine une série remarquable d'accidents ophthalmiques. J'ai donné à l'ensemble de ces phénomènes le nom d'irisalgie, et j'en parlerai à l'occasion des affections *médicales* de l'œil (1). Or, *immédiatement après cette névropathie oculaire, des nausées se déclarent, des éructations surviennent, l'action digestive est suspendue; ce n'est que sous l'influence des stimulants portés dans l'estomac, que la chymification recommence.* Ce phénomène pathologique si positif et si peu contestable dans le cas dont il s'agit, se manifeste à peu près de la même façon, quoique d'une manière moins évidente : 1° à la suite des impressions morales vives, telles qu'une nouvelle, soit agréable, soit triste, qui vient à être apprise au moment où la digestion stomacale s'opère; 2° consécutivement à des chagrins ou à des douleurs prolongées; alors la digestion se fait mal ou ne se fait plus. Il est bien difficile de ne point admettre que, dans de tels cas, il y ait une diminution dans l'action nerveuse de l'estomac plus ou moins analogue à ce qui a lieu chez les animaux, lorsque, à la suite de la ligature ou de la section de la huitième paire, les digestions gastriques cessent de s'opérer. Il semblerait qu'il y ait dans l'économie une certaine proportion d'action, de principe ou de fluide nerveux, comme on voudra l'appeler, dont la distribution égale et proportionnée dans les divers organes constitue la santé (en tant que phénomènes d'innervation). Si, par l'action d'une cause quelconque, il arrive qu'il y ait, vers un point de l'économie, une concentration, une accumulation de cette action, de ce fluide ou de ce principe, alors il y aura diminution de ceux-ci dans tel autre organe. On se rendrait compte de cette façon comment le travail de l'œil, les douleurs, les impressions morales arrêtent ou entravent la digestion stomacale. Nous reviendrons sur ces idées, lors de l'étude des névropathies. Du reste, la théorie des affections nerveuses de l'estomac, et des apepsies qui suivent l'action de causes agissant sur les centres nerveux, est beaucoup plus obscure et infiniment plus complexe que ne le croient les gens qui se servent du mot névralgie, sans remonter à la pathogénie des névropathies angibrômiques. Soit, par exemple, une lésion cérébrale mécanique, une chute sur la tête, qui arrête la digestion et cause des vomissements, quel est le physiologiste assez hardi pour affirmer que ces effets sont dus à des modifications dans une action nerveuse supposée présider à la chymification, ou s'ils doivent être rapportés à toute autre cause? Ils peuvent, en effet, être les consé-

(1) Voyez le Procédé opératoire de la percussion (n° 807) et le Traité de Diagnostic (n°s 3080, 4678).

quences d'altérations qu'éprouvent les mouvements des fibres charnues de l'estomac et des muscles abdominaux; ils peuvent surtout être dus à des changements survenus dans la circulation et dans la respiration, par suite des atteintes portées à ces fonctions, lors de la lésion des centres nerveux. Les mêmes difficultés se présentent, soit lorsqu'il s'agit d'apprécier la manière dont les impressions morales occasionnent, suivant les cas, la dyspepsie ou l'apepsie; soit dans les troubles gastriques qui suivent chez les animaux la ligature ou la section de la huitième paire.

8190. Il est cependant un fait dans lequel il faut bien admettre qu'un trouble dans l'action même des nerfs de l'estomac occasionne directement un défaut de digestion. C'est lorsqu'à la suite de l'irisalgie dont nous avons parlé (n° 8189), il arrive qu'une modification de sensibilité dans les nerfs de l'œil est suivie de la progression de ce mal vers l'estomac, d'où résultent des nausées et des vomissements. La seule difficulté qui reste encore ici est de savoir si, dans un tel cas, c'est comme organes moteurs, ou comme organes sensitifs, ou comme organes d'assimilation, que les nerfs de l'estomac sont modifiés. Ce qu'il y a de certain, au moins, c'est que les matières vomies à la suite de l'irisalgie sont souvent digérées en partie, et cela, d'une part, lorsqu'elles ont été ingérées quelques moments avant l'invasion de la lésion nerveuse, et de l'autre, lorsqu'elles ont séjourné, pendant un certain temps, dans l'estomac. Il est donc évident que tout n'est pas dit relativement à l'influence de la huitième paire sur la digestion, et qu'il n'est pas encore bien prouvé que ce soit en vertu d'une action directe des nerfs sur la chymification que celle-ci s'opère.

8191. Les digestions artificielles de Spallanzani avec *le suc gastrique*, celles qu'obtenait Montègre avec la salive dans des vases évidemment soustraits à toute action nerveuse, sont d'ailleurs très-propres à faire élever sur ce sujet un doute sage que sont loin d'avoir les médecins qui invoquent à tout propos l'action des nerfs pour expliquer des phénomènes qu'ils ne comprennent pas.

ANERVIE DES SPHINCTERS DE L'ANGIBRÔME.

8192. Les sphincters de l'anus sont parfois atteints d'une asthénie susceptible de divers degrés. Cet état organopathologique est très-fréquent chez les vieillards, et est un phénomène fréquent dans l'anervie sénile attribuée à tort exclusivement aux aliénés. On voit bien souvent et l'on constate par la palpation sur des gens avancés en âge, et que l'on range à Bicêtre et à la Salpêtrière dans

a triste catégorie des *gâteux,* que l'ouverture de l'anus est habituel-ement dilatée. Les fibres musculaires qui entourent cet orifice ont erdu tout ressort et toute énergie, et les excitants portés sur le rec-um ne sont même pas suivis de rétraction anale. Ces malheureux vacuent d'une manière incessante les fèces. Celles-ci restent liquides, arce qu'elles sont rendues au moment même où elles arrivent dans intestin et parce qu'elles n'ont pas le temps d'être dépouillées par l'ab-orption de leur partie la plus aqueuse. Les téguments de la région acrée, sans cesse humectés, ramollis, altérés par le contact des ma-ères, deviennent rouges, puis s'ulcèrent, finissent par se nécrosier, t de là résulte la mort. On observe parfois encore, même chez de unes sujets, l'anervie des sphincters de l'anus, alors que des sel-s liquides et abondantes ont eu lieu pendant longtemps. Cela se oit particulièrement dans certaines entérites septicémiques et dans ı colorectique épidémique.

ANERVIES CARDIAGASTRIQUES ET PYLORIQUES.

8193. Dans quelques cas où les aliments séjournent à peine ans l'estomac et sont rejetés au moindre effort de vomissement, eut être existe-t-il une sorte de paralysie des fibres musculaires du ardia. Il est encore possible que chez d'autres individus qui rendent ès-promptement des aliments par l'anus, et cela bien avant la ıymification de ceux-ci, le pylore soit frappé d'anervie. Du reste, tels états organiques ne sont point connus, et l'on n'en doit parler i que comme des sujets de recherches à faire.

Étiologie. Pathogénie. Pronostic.

8194. L'étiologie de la plupart des affections précédentes est ırfois assez facile à établir. Dans quelques cas d'adynamie des in-stins, dans celle qu'on observe chez les vieillards sujets à une nstipation habituelle, dans le relâchement sénile des sphincters, est l'usure lente que l'organisation éprouve par les progrès de ige, qui occasionne et le défaut de sensibilité, et la faiblesse la contraction. Chez l'adulte, une exténuation prolongée dé-rmine parfois le même effet. Partant, toutes les causes qui amè-ent cette exténuation : mauvaise nourriture, habitation insa-bre, vie sédentaire, etc., produisent indirectement les phéno-ènes dont nous parlons. Ailleurs c'est une organisation primitive-ent faible, héréditaire ou acquise, qui dispose à de tels accidents. es contentions habituelles d'esprit, un long travail intellectuel, ıe excitation trop soutenue des appareils génitaux peuvent aussi

être les causes d'une diminution réelle dans les actions sensoriales et motrices de l'estomac (n° 8183). Dans des cas bien différents des précédents, les anervies ou les hyponervies angibrômiques sont les conséquences de l'abolition ou de la diminution dans l'action du centre cérébrospinal; à la suite de l'hémorrhagie, de la malaxie, ou des hétérotrophies de l'encéphale, il arrive par exemple que la digestion gastrique n'a plus lieu, s'opère mal, ou que l'estomac se contracte mollement et faiblement. Consécutivement à des lésions graves de la moelle de l'épine, les gros intestins ne se contractent plus et les matières y séjournent pendant longtemps. Il faut très-largement tenir compte de ce fait dans le diagnostic des affections du prolongement rachidien. Ailleurs encore, ce sont les nerfs chargés de la distribution de l'agent inconnu des sensations et des mouvements qui sont altérés dans leur organisation, et partant dans leurs fonctions. On voit, par exemple, les maladies de la huitième paire troubler l'action gastrique, et certaines affections névropathiques mobiles (comme on en observe dans l'hystérie) donner lieu à une cessation momentanée dans les contractions de l'intestin. De là résulte une constipation opiniâtre qui se dissipe tout aussitôt que l'affection névropathique se déplace, etc.

8195. Il est possible enfin que des altérations de structure, que des lésions moléculaires, non perceptibles à nos sens, agissent sur les extrémités périphériques des nerfs dans l'angibrôme, et y occasionnent une anervie momentanée. C'est peut-être ce qui a lieu pour l'empoisonnement par le plomb, et pour quelques autres affections du même genre dans lesquelles les intestins sont plus ou moins paralysés.

Diagnostic.

8196. Le diagnostic des hyponervies et des anervies gastrentériques repose : 1° sur l'ensemble des phénomènes précédents; 2° sur l'absence de lésions physiques dans le tube digestif; 3° sur les caractères, soit anatomiques, soit physiologiques, de quelque altération des centres nerveux, ou des nerfs qui conduisent la sensibilité ou la motilité depuis l'appareil encéphalorachidien jusqu'aux organes angibrômiques; 4° enfin sur les signes positifs de quelques tumeurs ou de quelque autre lésion organique développée sur le trajet des nerfs interposés entre le cerveau ou la moelle d'une part, et les organes gastrentériques de l'autre. La marche des phénomènes morbides, l'intermittence et la périodicité des accidents, la manière brusque avec laquelle ils se déclarent ou leur disparition subite, la connais-

nce d'autres affections névropathiques, telles que des névralgies l'hystérie qui pourraient se déplacer et se transporter vers le be digestif, sont encore des circonstances propres à faire re-nnaître ces cas difficiles. Remarquons bien qu'il est d'une uti-é pratique extrême d'établir nettement le diagnostic des hyponer-es et des anervies angibrômiques ; car, d'une part, leur pronostic ; souvent beaucoup moins grave que celui des lésions organiques elles qu'elles sont généralement comprises), et de l'autre les oyens de traitement à leur opposer ne sont pas les mêmes que pour s dernières. Ajoutons que, dans les cas où l'on reconnaît positi-ement une anervie ou une hyponervie angibrômique, on est bien n d'avoir tout fait. Le point culminant est ici de rechercher quelles nt les causes éloignées et quelles sont aussi les causes organiques pendant, soit du système nerveux central, soit des nerfs intermé-iires, soit des viscères affectés qui ont pu ou qui peuvent donner u aux paralysies gastrentériques observées.

Thérapeutique.

3197. Le traitement des hyponervies ou des anervies angibrô-iques est aussi variable que les causes qui leur donnent primiti-ment lieu, ou que les circonstances qui peuvent les produire le it elles-mêmes. Toutes les affections de ce genre qui tiennent à s lésions graves de l'appareil cérébrospinal, ou des nerfs qui émanent, ont seulement pour traitement rationnel celui qui con-nt contre ces mêmes affections. (Voyez les 7e et 8e volumes, voyez ssi les articles consacrés aux hémorrhagies, aux malaxies encé-alique et rachidienne, à l'anervie sénile, aux névropathies hystéri-es, épileptiques, etc., aux lésions organiques des nerfs, etc.)

3198. Les anervies et les hyponervies angibrômiques dont on peut trouver la cause dans les organes nerveux, soit centraux, t de transmission, réclament elles-mêmes des moyens très-divers. général, il faut d'abord rechercher si elles ne tiennent pas à elque cause matérielle agissant habituellement sur les tissus affec-. Ainsi, par exemple, la distension habituelle de l'estomac et de testin par des gaz les paralyse en quelque sorte, et l'accumula-n des matières rend à la longue le ventre très-paresseux. Or, dans cas dont il s'agit, la base de toute thérapeutique rationnelle de remédier à ces causes organiques, et, par exemple, d'évacuer, ns les cas précédemment cités, les fluides élastiques et les fèces i distendent les intestins. Cette dernière proposition est particu-

lièrement applicable à l'anervie du rectum et des sphincters observée si souvent chez les vieillards. L'estomac, dans bien des cas de mauvaises digestions attribués généralement à la gastralgie, est seulement distendu par des gaz et par des aliments qui l'empêchent de se contracter, etc. L'hyponervie de l'angibrôme due à la faiblesse de la constitution, naturelle ou acquise, ou liée encore aux progrès de l'âge, ne peut exiger d'autres moyens curatifs qu'un régime réparateur et qu'une médication tonique (plutôt alimentaire et nutritive que pharmaceutique). C'est ainsi que l'usage de viandes grillées, rôties, de vin généreux, secondé soit par des préparations ferrugineuses, soit par la respiration d'un air pur, soit par l'action d'une vive lumière, est alors le principal moyen de traitement.

8199. Il faut bien avouer encore que, dans les hyponervies ou dans les anervies de l'angibrôme où l'on ne peut pas remonter à la cause productrice des accidents, on est tout naturellement et forcément conduit à employer la médication tonique dont il vient d'être parlé. Souvent on dirige ces moyens sur l'organe plus ou moins affaibli. C'est dans ce sens que l'on emploie les purgatifs amers, toniques, tels que la rhubarbe, ou des moyens qui, tels que les corps froids, l'électricité, puissent réveiller la contraction des muscles gastrentériques. C'est à l'expérimentation journalière à décider jusqu'à quel point tel ou tel de ces moyens est utile, et quel est le degré de confiance que l'on doit avoir dans leur emploi. Nous en dirons autant du tannin et des substances qui en contiennent.

8200. Les hyponervies et les anervies angibrômiques dues à une concentration trop grande de l'action nerveuse, vers des organes autres que l'estomac ou l'intestin, exigent d'abord que l'on cherche à éviter ces concentrations par les moyens convenables. Prenons pour exemple les anervies ou les hyponervies gastriques qui succèdent soit à des travaux de cabinet suivis et à une extrême contention d'esprit, soit à l'action de fixer des corps difficiles à bien voir ou des objets trop éclairés. Eh bien, dans de tels cas, il faut éviter toutes les circonstances de causalité dont il vient d'être fait mention, et porter en même temps sur le tube digestif des substances excitantes et toniques propres à reporter vers l'estomac l'action vitale mal répartie et accumulée en quelque sorte ailleurs. C'est de cette sorte que nous avons vu des gens de cabinet qui, suivant un régime mou en même temps qu'ils se livraient à l'étude, ne digéraient qu'avec une extrême difficulté. Or, ils cessaient d'éprouver ces accidents alors

u'ils évitaient de travailler d'intelligence, mais surtout des yeux, ıns les deux ou trois heures qui suivaient l'ingestion des aliments. Il ı était ainsi surtout lorsque la nourriture dont ils faisaient usage ait composée des substances animales nutritives et d'un vin géné- ıux, le tout pris en quantité modérée.

8201. Arrive-t-il que sous l'influence des circonstances précé- emment énumérées il survienne brusquement une anervie gastrique ont la conséquence soit une apepsie ou une indigestion, alors il ıffit très-souvent *de porter brusquement de nouveaux aliments en pe- te quantité et quelques cuillerées d'un vin alcoolique dans l'estomac ur que les accidents cessent et pour que la digestion se rétablisse.* Toute- is, dans les cas graves de ce genre, et lorsque la plessimétrie ouve qu'après l'arrêt de la chymification, l'estomac est très-dis- ndu par des aliments ou par du chyme, il est prudent de solliciter s vomissements. On fait prendre dans cette intention des boissons ıaudes, et l'on fait porter dans le pharynx les doigts, la barbe une plume ou tout autre corps du même genre, à l'effet de provo- ıer l'évacuation des substances que l'estomac contient, et qui urraient causer des accidents graves. S'il existe en abondance, et nsécutivement à l'apepsie, des fluides élastiques dans l'angibrôme, se conduira comme s'il s'agissait de toute autre aérectasie du tube gestif. Pendant la durée d'une indigestion ou à la suite de ce trou- e fonctionnel, il est souvent utile d'administrer quelque purgatif ıer comme la rhubarbe, à l'effet d'évacuer des aliments mal chy- fiés ou encore des fluides élastiques que la plessimétrie trouve cumulés dans l'intestin (n° 7506).

8202. On conçoit que le défaut de contraction du sphincter de l'a- s puisse être quelquefois la conséquence de la dilatation de ses fibres, is de leur trop grande étendue, et que, dans un tel cas, l'excision ıne portion de ces mêmes fibres pourrait avoir de l'utilité. Mais ci est une vue théorique qui n'a pas reçu la sanction de l'expé- nce. Les réfrigérants, les excitants et les toniques seraient encore seuls moyens à opposer à l'anémie de l'orifice pylorique ou du rdia, si tant était que de telles lésions existassent, et que pendant vie on pût soupçonner leur existence.

8203. Il est enfin, suivant nous, une anervie angibrômique de ıse toxique sur laquelle il est indispensable d'insister.

ANENTÉRONERVIE SATURNINE

(paralysie des intestins causée par le plomb, colique de plomb, etc.).

8204. L'étude des accidents angibrômiques qui se déclarent à la suite de l'action du plomb, a depuis longtemps, et avec une bien juste raison, attiré l'attention des pathologistes et des praticiens. Le cadre de cet ouvrage ne nous permet pas d'entrer dans tous les détails bibliographiques que comporterait un aussi grave sujet. Nous en éprouverions une peine réelle, si nous ne trouvions pas un moyen de remplir cette lacune en recommandant à ceux qui nous liront l'excellente monographie qu'a publiée sur ce sujet M. le docteur Tanquerel des Planches. Nous nous contenterons de dire comme historique: 1° que depuis Astruc et avant lui on a étudié sous le nom de colique des peintres, et peut-être sous ceux de colique de Madrid et de Poitou, la série d'accidents dont il va bientôt être parlé; 2° que, dans le principe, cette maladie a été empiriquement considérée; 3° que plus tard on y vit une souffrance nerveuse de la moelle de l'épine, ce qui lui fit donner par Astruc le nom de rachialgie; 4° que d'autres y ont vu une phlegmasie produite par la cause plomb; 5° que plus récemment on a démontré qu'il ne s'agit pas ici d'une affection inflammatoire, et que l'on a attribué aux nerfs de l'intestin le mal dont nous nous occupons; 6° qu'on a supposé et admis que les molécules saturnines agissaient sur les portions d'angibrôme douloureuses, et y occasionnaient une lésion en rapport avec cette douleur; 7° que telles sont, même actuellement, les opinions généralement reçues, opinions que les faits ne nous permettent pas de partager, ainsi que la suite de cet article va le faire voir.

8205. Nous ne traiterons pas ici de la toxémie, ni des névropathies saturnines en général, parce qu'elles se rattachent à d'autres divisions de notre cadre; nous parlerons seulement de ce qui a trait aux accidents angibrômiques qui suivent l'action délétère du plomb.

Nécrorganographie.

8206. On n'a pas encore signalé de lésions anatomiques constantes qui fussent en rapport avec l'entéropathie saturnine. Broussais, et d'autres avant lui, cités par M. Tanquerel des Planches, ont dit que dans de tels cas l'intestin était enflammé. Bordeu rapporte neuf cas de nécroscopie dans lesquels on trouvait la phlegmasie existant à tous les degrés; mais cet auteur avait plutôt avancé ces assertions qu'il n'avait décrit les phénomènes dont il parle (Tanquerel des Planches). MM. Mérat, Andral, Orfila, Corbin

un grand nombre d'autres n'ont pu constater, à la suite de l'entéropathie saturnine, les traces de phlegmasie intestinale. Il paraît, lorsque celles-ci ont existé, qu'elles étaient les conséquences soit de complications, soit de l'effet même des purgatifs dont on se servait. Beaucoup d'auteurs, Sénac, par exemple, affirment n'avoir trouvé, dans des cas pareils, aucune lésion appréciable. Desbois, de Rochefort, parle d'étranglements internes; Dehaën rapporte cinq observations dans lesquelles existaient des dilatations et des rétractions alternatives de l'intestin; M. Mérat cite quelques cas où cet organe était rétréci; dans une de ses observations, il y avait des invaginations. Les altérations organiques trouvées par MM. Andral, Corbin, Rufz, etc., tels que des ramollissements, des rougeurs, etc., étaient très-variables, et ne se rapportaient pas aux accidents saturnins eux-mêmes.

8207. Dans la vingt-troisième observation de M. Tanquerel il y avait, soit au niveau du point de jonction du colon descendant, soit à celui qui réunit le colon et le rectum, un resserrement remarquable. Pour ma part, je n'ai pas trouvé dans les cadavres de ceux qui ont succombé après avoir éprouvé les symptômes de l'entéropathie saturnine, de traces phlegmasiques; plusieurs fois les gros intestins, chez ces individus, étaient dilatés et resserrés par place. Sur un homme qui succomba dernièrement dans nos salles à la suite d'une affection compliquée (un kyste hydatifère du foie s'était ouvert dans la plèvre), l'intestin était resserré dans toute son étendue, et les muscles abdominaux paraissaient contracturés : c'était, si l'on veut, un cas d'*ictère saturnin*. Nous verrons, lors de l'étude des hépaties, que le plomb n'avait pas été ici la cause directe de la cholémie. Sur les quarante-neuf cas dont parle M. Tanquerel des Planches, il est arrivé *seize fois qu'il a existé un tassement ou un retrait du paquet intestinal*, et la plupart des auteurs ont négligé de noter si le fait existait ou si l'intestin était dilaté. *Les intestins ainsi tassés et revenus sur eux-mêmes pouvaient se dilater par l'insufflation ;* c'était peut-être à un simple *affaissement* que *le tassement* était dû, *et non pas à une contracture.*

8208. M. Orfila a prouvé par un grand nombre d'expériences pratiquées sur les animaux vivants que peu de temps après avoir fait prendre des préparations saturnines, on pouvait trouver sur la membrane muqueuse des particules du poison. Baruel, il est vrai, n'avait pu reconnaître de plomb dans les organes digestifs et dans les excré-

ments d'un homme atteint d'entéropathie saturnine, et M. Chevalier n'a pas été plus heureux dans un autre cas terminé par la mort; mais M. Alph. Devergie a trouvé dans l'estomac et les intestins, dans les matières fécales et dans le sang d'un individu mort d'une affection saturnine, sept à huit fois plus de plomb que dans les mêmes parties d'un homme sain, ce qui concorde parfaitement avec les recherches de M. Orfila, relatives à la présence de substances toxiques dans les organes après leur absorption.

Biorganographie. Symptomatologie.

8209. Les gens soumis aux causes d'intoxication saturnine, causes dont nous parlerons plus loin, éprouvent souvent pour principaux et presque pour exclusifs symptômes une diminution notable dans le nombre des selles. Les évacuations alvines, d'abord rares, finissent par se supprimer complétement. En général, ces accidents durent pendant quelques jours avant que des coliques se déclarent, et après un temps qui varie, des douleurs parfois modérées, souvent vives, quelquefois excessives, se manifestent; ordinairement elles occupent l'abdomen, vers l'ombilic, *et spécialement les espaces où siégent les gros intestins*. Ces douleurs se déclarent le plus ordinairement d'une manière en quelque sorte intermittente ou rémittente; elles rappellent, quant à leur caractère et à leur progression, dans divers points du ventre, soit les souffrances qui précèdent si souvent les évacuations alvines, soit les coliques de la dysenterie. L'intensité de ces douleurs est telle, dans certains cas, que les malades jettent les hauts cris.

8210. On a dit que la pression, loin d'exaspérer les douleurs dans l'entérite saturnine, les soulage; rien n'est moins exact que cette assertion, et bien souvent j'ai vu la palpation et la pression augmenter de beaucoup les coliques; cette pression calme quelquefois le mal, mais c'est lorsqu'elle est faite de façon à favoriser ou à déterminer la progression des matières dans le tube digestif. Il semble souvent que les malades se livrent à des efforts de défécation qui n'amènent pas de résultat. Cependant les muscles abdominaux sont tendus, contractés, et forment quelquefois comme une enveloppe solide et dure au-devant des intestins. C'est sur les points du ventre où la douleur est la plus intense que ces contractions *spasmodiques* sont les plus prononcées. Il semblerait, en vérité, qu'elles auraient pour but : soit de protéger les parties sous-jacentes et douloureuses contre le contact des corps extérieurs, soit de suppléer, par l'augmen-

tation de puissance des muscles pectoraux, à quelque défaut d'action de la part des fibres motrices de l'intestin.

8211. Que si l'on cherche à palper les viscères dans les cas où la tension des parois n'est pas excessive, on ne trouve point qu'il y ait de gargouillement appréciable; que si l'on percute, on constate un fait de la plus haute importance diagnostique et pratique.

Résultats de la plessimétrie dans l'entérite saturnine.

8212. Si l'on fait indiquer au malade d'une manière précise et à l'aide du doigt, par exemple, les points du ventre douloureux, on trouve *presque toujours* que ces points sont remarquables par une sonorité très-marquée. Bien au contraire, d'autres parties du tube digestif présentent une matité prononcée, et cela dans un espace dont la circonscription répond à la forme et au siége de quelque portion du tube digestif. En général c'est vers une partie de l'angiorôme située du côté de l'anus que se trouve cette obscurité de son, tandis que le bruit tympanique existe sur des régions de l'intestin plus rapprochées du pylore. Dans une trentaine de faits que j'ai observés sous ce rapport, c'étaient le cœcum ou le colon ascendant qui donnaient lieu à la matité plessimétrique, tandis que l'intestin grêle était le siége d'un sonorité marquée appréciable soit à droite et en bas, en dedans et au-dessous du cœcum; soit dans la fosse iliaque externe droite, entre le grand trochanter et la crête iliaque. Sur d'autres malades l'S iliaque et le colon descendants présentaient à la percussion un son obscur, tandis que les parties du gros intestin situées au-dessus donnaient lieu à une sonorité très-marquée. Quelquefois plusieurs parties du colon, examinées de haut en bas, étaient alternativement sonores et mates. Il semblait qu'il y avait une intersection d'obscurité entre deux espaces occupés par une résonnance tympanique. Or, les points douloureux correspondaient évidemment aux parties remplies de liquides ou de matières, et non pas à celles qui contenaient des gaz.

Flaccidité du rectum appréciable par la palpation.

8213. Conduit par ces faits, j'ai voulu savoir si l'intestin rectum n'était pas le siége, dans de tels cas, de quelque modification organique; j'ai constaté deux fois chez des adultes jeunes et robustes que cet organe était mou, et qu'il ne se contractait pas le moins du monde sur un doigt porté dans sa cavité. Tout au contraire, à trois pouces de profondeur, on sentait les fibres circulaires de l'intsetin

resserrées à ce point que le doigt s'y engageait comme il le fait dans un col utérin entr'ouvert et contracté alors que le travail de l'accouchement commence à se déclarer.

Teinte bleu-grisâtre du rebord des gencives.

8214. Tant que les selles ne se rétablissent pas, les accidents précédents persistent, et très-souvent ce sont là les seuls symptômes que l'on observe. Ailleurs cependant se manifestent parfois des vomissements; l'appétit est en général nul; quelquefois il y a de l'aversion pour les aliments. *Presque toujours, si l'on examine les gencives, on les trouve tuméfiées, bleuâtres et grisâtres vers leur limbe* (Tanquerel des Planches), circonstance importante à noter, et qui semble démontrer l'existence concomitante d'une intoxication générale de cause saturnine.

Symptômes généraux.

8215. Les phénomènes locaux que l'angibrôme présente dans l'empoisonnement par le plomb sont rarement accompagnés d'accélération du pouls, de chaleur à la peau, etc. Cette circonstance mérite de fixer l'attention. Tout au contraire, il se manifeste trop souvent dans l'entérite saturnine des encéphalopathies, des anervies dans les muscles extenseurs ou des épilepsies spéciales, etc. (1). Ces états pathologiques présentent infiniment plus de gravité que les angibrômies causées par le plomb. *La peau, dans ces mêmes cas, est presque toujours recouverte d'un enduit peu épais de ce métal*, enduit qui devient plus manifeste alors qu'on fait prendre au malade un bain contenant de l'acide sulfhydrique. Celui-ci colore les téguments en noir.

Étiologie. Pathogénie.

8216. Une cause unique, spécifique, évidemment toxique, préside au développement des symptômes dont il vient d'être fait mention, et cette cause c'est le plomb combiné avec l'oxygène ou avec les acides. Il ne paraît pas, en général, qu'à l'état de métal il produise de tels effets. Lors des visites que j'ai faites dans plusieurs fabriques à l'occasion du concours d'hygiène, je n'ai pas vu que les ouvriers fondeurs, lamineurs, fabricants de conduits en plomb, fussent atteints de colique saturnine. La poussière métallique de ce même plomb, toujours plus ou moins oxydée par le contact de l'air, est susceptible de se combiner facilement avec les acides que le tube di-

(1) C'est lors de l'histoire des encéphalopathies et des névropathies que nous parlerons en détail de ces états organopathologiques.

gestif contient, paraît dans quelques professions telles que celle de compositeur d'imprimerie, susceptible de produire l'entérite saturnine.

8217. La litharge est une des préparations qui déterminent fréquemment de tels accidents; aussi voit-on l'usage des vins acides ou d'autres liquides analogues adoucis par cet oxyde, occasionner la colique dont il est ici question. On ne peut donc trop s'enquérir de la nature et de l'espèce de vin, de cidre, de poiré, etc., dont les personnes atteintes de maladie de plomb ont fait usage (1); au moindre doute, il faut faire analyser ces liquides avec soin.

8218. Le blanc de céruse est encore bien autrement dangereux; et quel que soit le procédé dont on se serve pour le fabriquer (procédé ancien, procédé hollandais, etc.), il détermine souvent chez les ouvriers qui le manient des phénomènes angibrômiques fort graves. Aussi dans toutes les professions où l'on s'en sert, les anervies saturnines se déclarent-elles très-fréquemment. C'est déjà une forte raison de croire qu'il s'agit de cette affection, que de voir un ouvrier employé dans les manufactures de blanc de céruse, ou encore un peintre, un marchand de couleurs, éprouver de la douleur de ventre et des selles rares.

8219. Quoi qu'on en ait dit, le minium est non moins dangereux; et lors de ma visite à Clichy, j'ai appris que les ouvriers qui manipulent cette substance en éprouvaient bientôt les plus terribles accidents. Il est vrai que les appareils dont on se servait en 1840 étaient très-défectueux. Un grand coffre circulaire, mu par une manivelle, était rempli de minium; mal fermé qu'il était, une poussière délétère s'en échappait, et déposait une couche rouge soit sur le mur, soit sur l'homme dont les fonctions étaient de faire tourner cet appareil. Les accidents cérébraux, souvent mortels, étaient, m'assurait-on, les conséquences ordinaires d'un semblable travail.

8220. L'acétate de plomb peut aussi, dans quelques cas, produire des phénomènes d'angibrômie saturnine, de sorte que l'on ne doit prescrire ce médicament à l'intérieur qu'avec la plus grande circonspection; c'est aussi ce qui a été recommandé par le praticien judicieux qui a proposé ce remède pour modérer les souffrances des pneumophymiques. Il est même bon de n'être pas prodigue à l'extérieur de l'emploi de cette substance délétère; il paraît en effet que dans certains cas, l'acétate de plomb administré en lotions ou en fomen-

(1) Voyez à ce sujet les Annales d'hygiène publique et de médecine légale.

tations sur les surfaces dénudées, a déterminé une intoxication saturnine.

Importance de bien questionner les malades que l'on peut supposer être atteints d'entérite saturnine.

8221. Lorsque l'on trouve chez les malades l'ensemble des symptômes et des signes en rapport avec cette même intoxication, il faut toujours se rappeler que le plomb peut avoir agi, bien que l'on ne trouve ni dans les habitudes, ni dans la manière de vivre, ni dans la profession, de circonstances qui fassent admettre l'existence antérieure d'une semblable cause. Tantôt le vin que les malades ont bu, tantôt l'eau qui a passé dans des conduits ou qui a séjourné dans des réservoirs de plomb, tantôt enfin l'habitation dans de certains lieux où se dégageaient des émanations ou des poussières saturnines, ont suffi pour causer l'anervie angibrômique dont traite cet article (1).

8222. Ainsi, il faut ne point s'en rapporter à un examen superficiel, mais interroger les malades avec le plus grand soin sur les causes possibles de la colique des peintres.

8223. Dans tous les cas où l'appareil de phénomènes précédents s'est manifesté, j'ai fini, en multipliant et en variant les questions, par arriver à reconnaître la cause saturnine. Cependant on a observé dans certains lieux : à Madrid et dans le Poitou, des accidents très-analogues à la colique des peintres, et cela sans que l'on ait pu trouver dans l'action du plomb la cause de ces phénomènes. Du

(1) Je me rappellerai toujours le fait d'une jeune femme enceinte qui avait été soignée en ville pour une prétendue péritonite, et qui entra dans mes salles, à la Pitié, présentant tous les caractères de la colique saturnine. En vain fut-elle questionnée avec le plus grand soin par l'élève interne et par moi, on ne trouva aucune circonstance en rapport avec l'action du plomb. Fatigué de l'inutilité de mes recherches, je m'éloignai du lit, tout en exprimant la pensée qu'il s'agissait bien d'une affection saturnine, et tout en prescrivant un traitement qui correspondait à cette manière de voir. Je m'avisai alors de demander si quelque peintre, si quelque marchand de couleurs n'habitait pas dans la même maison; si l'on n'avait pas récemment peint l'escalier. Elle nous dit qu'en effet, un marchand de couleurs occupait la boutique de la maison où elle demeurait au premier sur la cour; que cet homme y faisait un grand commerce, et que des poussières, provenant de ses caisses pleines de diverses substances, étaient souvent suspendues dans l'air; ainsi se vérifia le diagnostic, ainsi l'on put remonter à la cause véritable des accidents. Le traitement, devenu plus assuré et fondé sur les notions précédentes, fut bientôt suivi de la disparition des symptômes contre lesquels il était dirigé.

reste je mentionne seulement ce fait sans l'affirmer, attendu que les descriptions de Luzuriaga pour la colique de Madrid, de Citois pour celle de Poitou, ne sont pas entièrement semblables à celle qu'on donne de la colique des peintres. Je tiens d'ailleurs de M. Renaudin, qui a étudié sur une si large échelle et avec tant de soin les accidents saturnins, que les cas de colique qu'il a vus à Madrid étaient fort loin d'être semblables aux phénomènes gastrentériques produits par le plomb.

Prédispositions.

8224. En général, les hommes adultes sont plus souvent que d'autres atteints d'anervie saturnine; les femmes ou les enfants sont également susceptibles d'être influencés par l'action du plomb; mais les ouvriers qui préparent la litharge, le blanc de céruse ou le minium, ou encore les peintres qui s'en servent, sont des individus du sexe masculin. Les gens frappés de cette affection sont souvent débiles, ce qui ne prouve pas que les hommes robustes n'y soient point sujets. J'ai vu de fréquents exemples de colique saturnine chez des hommes forts; mais les ouvriers qui travaillent le plomb deviennent à la longue plus ou moins faibles. De plus, ce sont des gens très-pauvres, très-misérables, et partant, amaigris et débiles, qui, pressés par le besoin et ne pouvant mieux faire, vont s'exposer à l'action délétère des fabriques de céruse. Il faut, dans ces circonstances comme dans une foule d'autres, se défier des résultats statistiques relatifs aux âges, aux sexes, etc.

Voies par lesquelles le plomb pénètre dans l'économie.

8225. C'est une question de savoir par quelles voies le plomb pénètre dans le corps de l'homme pour aller modifier le tube digestif. Or, ce peut être d'abord d'une manière directe, de telle sorte qu'introduit avec les aliments ou les boissons, il vienne frapper de paralysie les organes angibrômiques. Il paraît certain encore que l'inspiration habituelle d'un air chargé de blanc de céruse, de minium, etc., a été fréquemment suivie d'anentéronervie saturnine. Il se peut faire cependant que, dans de telles circonstances, ce soient principalement des accidents cérébraux qui se déclarent. On affirme aussi que le dépôt sur la peau d'une couche de plomb détermine l'intoxication entérique; mais la difficulté de l'absorption cutanée, lorsque l'épiderme est intact, nous fait révoquer en doute la réalité d'une semblable cause.

Mode d'action des poisons saturnins.

8226. Quoi qu'il en soit de tout ceci, ce doit être d'une manière chimique ou physique que les poisons saturnins agissent sur l'économie; mais on n'a point de faits positifs qui puissent démontrer comment cette action s'opère. Serait-ce en oblitérant les vaisseaux ou en entravant la propagation de l'influence nerveuse que ces effets délétères surviendraient? c'est ce qu'il est impossible d'affirmer. On sait seulement, depuis les beaux travaux de M. Orfila, relatifs aux intoxications par l'arsenic, l'antimoine, etc., que les substances métalliques vénéneuses sont susceptibles non-seulement de se mêler au sang, de l'altérer, mais encore d'être déposées dans le foie et dans d'autres organes, et d'être enfin évacuées avec l'urine. Or, il est très-probable que les molécules de plomb peuvent être portées dans la substance du tube digestif par l'intermédiaire de la circulation générale.

Nature de l'angibrômie saturnine.

8227. Tout porte à croire que les accidents angibrômiques qui se déclarent à la suite de l'intoxication saturnine ne sont point des phénomènes d'entérite. Lors de la nécroscopie, par exemple, on ne trouve point en général dans le tube digestif de traces de phlegmasie (n° 3206). Les cas dans lesquels on a vu des rougeurs plus ou moins vives, des arborisations veineuses, se rapportent à des phénomènes de congestion survenus à l'occasion de l'anhématosie des derniers moments de la vie ou à la suite de toute autre coïncidence, plutôt qu'ils ne sont les effets anatomiques de l'intoxication saturnine. De plus, le mal ne marche en rien à la façon des phlegmasies, et aucun phénomène fébrile ne se déclare, à moins qu'il n'y ait des synorganopathies qui le produisent. Les purgatifs drastiques, le séné, le tartre stibié, etc., loin d'exaspérer par leur contact les douleurs angibrômiques de cause saturnine, le plus souvent produisent des effets avantageux, etc. Or, de telles circonstances n'indiquent en rien l'existence d'une maladie phlegmasique. On pense en général qu'il s'agit ici d'une affection névralgique, et telle est à ce sujet l'opinion de M. Tanquerel des Planches, qui, comparant l'arthralgie déterminée par le plomb à l'entérite produite par la même cause, assimile, quant à la nature et aux caractères, ces deux ordres d'affections; mais il est difficile de remonter à la cause première des douleurs de jointures qu'on observe rarement dans l'intoxication saturnine; nous verrons ailleurs que les névralgies sont le plus souvent les symptômes d'altérations matérielles. Or, il faudrait pouvoir dire quelles

sont les lésions organiques qui causent les arthralgies regardées comme saturnines, et l'on pourrait éclairer de cette façon la pathogénie de la colique des peintres. Malheureusement il n'en est pas ainsi, et l'entéralgie saturnine, obscure par elle-même, l'est peut-être moins encore que la souffrance des articulations produite, dit-on, par le plomb.

8228. De graves raisons nous portent à admettre que l'entéropathie saturnine est une paralysie de quelque portion du tube digestif, et que cette anervie est tout à fait comparable à la diminution ou à l'abolition du mouvement des muscles extérieurs causées par ce poison. Ces raisons sont les suivantes : 1° En général ce sont des anervies musculaires que cause le plomb, et non pas des névralgies; pourquoi n'en arriverait-il pas ainsi pour le tube digestif, puisque cela est observé dans les organes de l'ensemble de relation ? 2° La plessimétrie prouve que les parties de l'intestin qui contiennent des matières sont dilatées et non douloureuses, et qu'elles sont le plus souvent situées sur un point du tube plus rapproché de l'anus que celui où les douleurs se font sentir; 3° des gaz sont en général contenus dans les parties où siégent les douleurs; 4° dans plusieurs cas le rectum, au moment des plus vives souffrances du ventre, était mou et non contracté. Il semble donc : que les portions d'intestin inférieurement placées, sont paralysées et conservent les fèces; que celles-ci empêchent le passage des gaz, qui eux-mêmes tendent à se dégager des matières ainsi accumulées; qu'au-dessus, les intestins dilatés sont le siége de douleurs continues, et que celles-ci prennent un caractère plus violent à l'occasion des contractions qui, de temps en temps, deviennent plus fortes au-dessus de l'obstacle. Il semblerait cependant qu'entre les points de l'angibrôme paralysés, quelques fibres musculaires pourraient conserver leur mouvement, et même se resserrer spasmodiquement; c'est ainsi que sur ces malades chez lesquels (8213) le rectum a été palpé, cet intestin était inerte; et cependant le doigt découvrait, à trois pouces de profondeur, un bourrelet formé par les fibres circulaires revenues sur elles-mêmes.

8229. Cette explication des douleurs abdominales dans l'entéropathie saturnine me paraît infiniment probable; elle est plus logique que la supposition d'une névralgie entièrement inconnue dans son essence, et qui se déclarerait consécutivement à l'action du tube intestinal. M. Tanquerel des Planches pense aussi que les douleurs sont produites dans de tels cas par la contraction de l'intestin; mais

nous différons en ceci : cet auteur admet que le poison atteint directement, soit les fibres intestinales contractées, soit les nerfs qui y correspondent. Dans mon opinion, au contraire, c'est bien aux contractions que la douleur est due, mais elles sont provoquées par l'obstacle que met l'anervie aux mouvements des portions d'angibrôme situées plus bas que les points où la souffrance a son siége.

8230. On s'est demandé si dans les cas d'entéropathies saturnines, il n'y aurait pas une paralysie bornée aux fibres longitudinales, tandis que les fibres circulaires se contracteraient; cette explication serait fondée sur la comparaison de ce qui existe pour les muscles des membres dont les extenseurs sont, dit-on, plus anerviés que les fléchisseurs. Mais d'abord ce dernier fait n'est pas bien prouvé; car l'on a fait remarquer que si les extenseurs paraissent plus faibles dans la paralysie saturnine, c'est qu'ils sont tels dans l'état de santé par rapport aux fléchisseurs; rien ensuite n'est moins établi que la paralysie partielle des fibres longitudinales des intestins altérées par le plomb.

Thérapeutique. Traitement empirique.

8231. La colique de plomb est l'une des affections dans lesquelles on peut surtout voir à quels abus conduit l'empirisme non raisonné. Il y a bien peu d'années encore que la routine seule présidait au traitement des accidents saturnins. On donnait à tous venants, sans distinction des cas, un redoutable mélange d'antimoine, de séné et de plusieurs autres purgatifs associés avec de l'opium Ces spécifiques, qui portaient le nom collectif de remède de la Charité (du nom des moines qui l'employèrent et de l'hôpital où ils l'administraient), était donné suivant une formule fixe : à tel jour, tel éméto-cathartique; à tel autre jour, telle autre préparation; et cela sans que l'on tînt compte : soit des états organopathologiques coïncidents, soit de l'effet des médicaments, soit des innombrables circonstances sans la connaissance desquelles il est si difficile de diriger une médication convenable. D'un autre côté, comme le diagnostic n'était pas suffisamment éclairci, il arrivait que l'on administrait le traitement dit de la Charité dans des cas fort différents de ceux où il s'agissait d'entéropathies saturnines. Il suffisait qu'un homme, soumis à l'action du plomb, éprouvât des coliques, pour qu'on le déclarât atteint d'une intoxication causée par ce poison. De l'ensemble de ces circonstances sont résultés des faits contradictoires entre eux relativement à l'efficacité du traitement dont il vient d'être parlé. Tantôt on a vu

les accidents graves être les conséquences de cette médication, et tantôt on a reconnu, dans quelques cas, son extrême utilité. Ceux même qui prônaient le plus ce traitement empirique étaient bien loin de ne point théoriser; ils n'insistaient autant sur les éméto-cathartiques qu'à cause de leurs opinions sur la nature non inflammatoire de la maladie. Certains auteurs appliquant à la colique saturnine les doctrines de Broussais, voulurent la traiter par la méthode antiphlogistique, et assurèrent aussi avoir obtenu les plus grands succès. D'autres encore, voyant dans les effets de l'action du plomb des phénomènes névralgiques, eurent recours à l'opium à hautes doses, ou encore appliquèrent, comme M. Ranque, d'Orléans, diverses substances topiques sur la région rachidienne, etc., et tout ceci fut en général prescrit comme médication spécifique, et sans que l'on explorât, le plus souvent, l'angibrôme malade.

8232. Il faut nécessairement sortir de cet empirisme grossier auxquels les chiffres ne donneraient que l'apparence de la certitude. Ce qu'il faut faire ici comme ailleurs, c'est d'analyser les états organopathologiques présentés par les malades, et de déterminer les cas où telle médication est préférable à telle autre. Nous allons chercher à agir ainsi.

Médication neutralisante. Limonade sulfurique.

8233. Il faut, autant que possible, *neutraliser et évacuer la substance toxique qui donne lieu aux accidents dont nous traitons.* On a proposé dans cette intention l'acide sulfurique en lavage, et on l'a donné dans l'intention de former un sulfate de plomb insoluble, et par conséquent non vénéneux. On a prétendu que les ouvriers de la fabrique de Clichy, qui faisaient usage de cette solution, n'étaient point atteints d'angibrômies saturnines. Or, j'ai questionné de nombreux malades qui avaient travaillé dans cet établissement, et qui s'étant présentés dans mon service avaient été atteints de coliques de plomb, et ils m'ont affirmé qu'eux et beaucoup d'autres avaient fait usage de l'acide sulfurique étendu, et qu'ils n'en avaient pas moins été atteints de la maladie saturnine. Je suis allé moi-même à la fabrique Clichy, et les personnes qui dirigeaient l'établissement me tinrent le même langage. On avait renoncé dans cette fabrique à l'acide sulfurique, parce qu'on ne lui avait reconnu aucune efficacité préservative ou curatrice. On peut lire dans l'excellent ouvrage de M. Tanquerel des Planches les raisons graves sur lesquelles il s'est fondé pour nier l'action de ce prétendu moyen prophylactique.

8234. Longtemps j'ai employé des dissolutions légères de cet acide contre l'angibrômie saturnine, et je n'ai pas vu que ses effets fussent plus manifestes que ceux des boissons ordinaires; la théorie enfin serait, suivant nous, tout à fait contraire à l'efficacité de l'acide sulfurique contre l'intoxication saturnine. Lorsque, en effet, le plomb cause des accidents, il est difficile de ne pas admettre que les molécules du métal ou de ses composés se fixent soit dans le tissu, soit dans les nerfs des organes, et entravent ainsi l'action de ces parties. Dès lors, n'est-il pas évident qu'en administrant des substances propres à rendre le poison insoluble, ce serait le moyen non pas de guérir, mais de faire durer indéfiniment le mal?

Emploi de la limonade nitrique contre les angibrômies saturnines.

8235. Tout au contraire, nous rappelant avec beaucoup d'auteurs, et notamment avec M. Orfila, que les poisons cessent de nuire lorsqu'ils sont étendus de beaucoup d'eau; nous souvenant que les poisons dissous sont évacués avec les fluides excrétés, et surtout avec l'urine, nous avons eu recours au traitement suivant. Des boissons à la dose de plusieurs litres par jour ont été administrées, et cela en très-petite quantité à la fois, mais très-fréquemment. Des proportions minimes d'acide azotique ont été ajoutées à ces boissons; ce moyen était destiné à rendre solubles les sels ou les oxydes de plomb qui pouvaient être restés adhérents au tube digestif lui-même, et à en favoriser ainsi l'évacuation. Dans les mêmes intentions des lavements prolongés, des bains répétés ont été administrés. Or, nous croyons pouvoir affirmer que ce traitement (presque semblable à celui que nous employons contre les autres toxicangibrômies, et que nous combinons du reste avec l'emploi des purgatifs) a été suivi de succès si fréquents et si prompts que nous avons vu, en cinq ou six jours, se dissiper presque constamment les accidents saturnins éprouvés par les malades.

Médication purgative.

8236. L'évacuation de la substance toxique par les selles serait, dans la majorité des cas d'angibrômie causée par le plomb, l'indication principale; mais la difficulté gît ici à pouvoir y satisfaire. Nous allons bientôt voir en effet que des purgatifs très-actifs dans d'autres cas, le sont assez peu alors qu'il s'agit de l'anentéronervie saturnine.

8237. Ces médicaments sont cependant ceux dont l'action est la plus directe et la plus positive contre les effets entériques de l'em-

oisonnement par le plomb : je veux dire la paralysie ou l'anervie es fibres musculaires intestinales. Ce fait est constaté par la très-rande majorité des observateurs; ce que j'ai vu est tout à fait en apport avec ce qu'ils ont dit à ce sujet. En général, ces médica-ents doivent être portés sur les parties de l'angibrôme qui sont at-intes par le poison. Cette proposition démontre l'importance de la éorie que nous avons précédemment exposée, et des faits plessi-étriques sur lesquels elle repose. En effet, s'il est vrai, comme tout orte à le croire, que les parties de l'intestin où existe la matité sont s points vraiment affectés d'anervie saturnine, il est évident que les urgatifs doivent y être dirigés. Ce n'est donc pas le moins du monde ur les portions de l'angibrôme les plus douloureuses, et qui sont tuées au-dessus des points mats, que les médicaments doivent être ortés. Ainsi lorsque l'intestin grêle sera trouvé, vers ses parties dé-ives, rempli de fèces, il faudra bien avoir recours à des purgatifs ris par la bouche. Quand au contraire les gros intestins seront ans le même cas, les lavements évacuants seront particulièrement ndiqués. On continuera en général l'emploi de ces médicaments tant ue la plessimétrie permettra de constater l'accumulation de ma-ères; au besoin on en réitérera l'emploi deux fois par jour, et même us souvent. Quand il m'arrive de constater l'existence de chyme de fèces dans l'intestin grêle et dans l'S iliaque, alors j'administre a fois des purgatifs par l'extrémité supérieure et par la partie in-rieure de l'angibrôme.

8238. Dans la majorité des cas, les évacuants sont plutôt indi-ués en injections anales que de toute autre façon; car le plus sou-nt c'est dans les parties inférieures du gros intestin que les fèces nt accumulées, et que l'anervie paraît avoir lieu. Aussi quelques édecins, se fondant sur des faits pratiques, ont-ils vu, dans les la-ments purgatifs, les meilleurs remèdes à employer contre l'entérite turnine. Ces moyens ont même un avantage incontestable, c'est 'ils ne sont pas portés sur les parties de l'intestin douloureuses, et uées au-dessus du point anervié; ces mêmes parties pourraient ir par se mal trouver du contact des substances drastiques, alors ie celles-ci ne seraient pas évacuées.

Choix des purgatifs que l'on fait prendre.

8239. Autrefois on donnait, dans presque tous les cas d'entérite turnine, les drastiques les plus irritants. Nous conseillons, tout au ntraire, d'employer d'abord des substances médiocrement actives,

telles que l'huile de ricin, telles encore que des sels de magnésie ou de soude, auxquels on pourrait ajouter du séné dans le cas où on jugerait convenable d'avoir recours à des lavements. Si ces médicaments se suffisaient pas pour produire des évacuations, et partant, pour calmer les douleurs, on aurait recours à des cathartiques ou à des drastiques plus puissants, tels que le tartre stibié, les résines de jalap ou d'aloès, la gomme gutte, l'extrait de coloquinte composé, ou même l'huile de croton tiglium, qu'on donnerait seulement dans des cas extrêmes. Ce dernier remède a été proposé en frictions par ceux qui voyaient une entérite dans la colique saturnine, et qui cependant cherchaient à obtenir des évacuations. Donnée de cette sorte, l'huile de croton est peu constante dans ses effets, et quand elle agit sur l'intestin par la médiation de la circulation, elle irrite celui-ci tout aussi bien que si elle était portée sur la surface muqueuse elle-même.

Narcotiques, opium.

8240. Il paraît constant, d'après le plus grand nombre des auteurs, que les narcotiques, et particulièrement l'opium et ses diverses préparations, ont eu des avantages réels dans le traitement de l'entérite saturnine. Certes, s'il était vrai qu'indistinctement les narcotiques produisissent cet effet, ce serait un argument puissant à opposer à la théorie de la colique saturnine telle que nous l'avons donnée. Mais à coup sûr l'opium n'est point ici un remède d'une application générale; bon nombre de praticiens n'en ont tiré aucun parti. J'avouerai ne l'avoir employé qu'à de trop faibles doses, dans de semblables cas, pour avoir une opinion arrêtée à ce sujet. C'est dans la vue de calmer les douleurs qu'on l'emploie, et à ce titre il pourrait être porté avec quelques chances de succès sur les parties de l'angibrôme qui, vides de matières, contiennent des gaz, et se livrent, suivant nous, aux contractions qui causent les coliques. S'il était avéré que ce médicament paralysât en quelque sorte le mouvement dans les muscles, ce serait encore une raison de l'employer plutôt que d'expliquer par les contractions intestinales les douleurs parfois si vives de l'entérite saturnine. Du reste, il faut bien remarquer que, même dans de tels cas, *l'opium ne remédie pas directement au mal; qu'il n'enlève point la cause toxique; qu'il ne détruit pas l'anervie elle-même* et qu'enfin il est tout au plus apte à calmer les souffrances. Pour nous, il serait indiqué seulement s'il existait des douleurs très-vives, non calmées par les purgatifs et par les antiphlogistiques. En théorie, si les douleurs intestinales sont en effet pro-

ıites par des contractions musculaires, on pourrait se demander si belladone ne réussirait pas mieux que l'opium à remédier à ces ıénomènes spasmodiques.

Médication antiphlogistique.

3241. Les antiphlogistiques sont loin d'être toujours indiqués ıns la colique saturnine; parfois cependant ils calment infiniment s douleurs. On sait que M. Renauldin, qui a vu un si grand nom-e de malades atteints de cette affection, a tiré un grand parti de tte médication. En général, on peut *reprocher à celle-ci de remédier ıtôt à certains effets du poison que d'enlever l'agent lui-même qui donne u aux phénomènes morbides*. Nous n'employons guère les saignées nérales ou locales que dans les cas où les douleurs sont exces-/es, et où les sujets ont beaucoup de sang en circulation, ainsi e le dénotent l'état des vaisseaux et celui des organes.

3242. Le seul fait peut-être dans lequel, depuis dix ans, nous ons vu la colique saturnine résister à l'ensemble des moyens de ıitement qui ont été indiqués dans les paragraphes précédents, . celui d'un jeune homme qui était encore dans la salle Saint-Ra-ael, de la Pitié, le 1er décembre 1843. Après s'être dissipée en ıarante-huit heures, la maladie reparut deux jours après avec une cessive intensité; les purgatifs furent sans utilité aucune pour cal-ır les douleurs, bien qu'ils eussent produit des évacuations. Le ıuls ne s'accéléra pas; mais nous pensâmes cependant qu'une legmasie véritable remplaçait les douleurs de nature saturnine. ıarante sangsues et des cataplasmes furent appliqués sur le ven-, et enlevèrent presque subitement les accidents (1). Dans une ıle de cas, même dans ceux où il ne s'agirait que d'accidents ner-ıx de cause saturnine, les bains locaux et généraux prolongés ne ıvent avoir que de l'avantage.

Régime.

3243. Quant au régime, si les selles sont supprimées, si les gaz ccumulent au-dessus de matières accumulées dans l'angibrôme, bstinence complète est d'une utilité indispensable. A mesure que évacuations s'établissent, que l'appétit reparaît, on permet peu ɔeu des aliments; mais on ne doit le faire qu'avec prudence, et il ıt examiner avec le plus grand soin quels sont les effets des pre-

1) Ce malade succomba quelque temps après, à la suite de l'ouverture dans la vre d'un kyste hydatifère. Celui-ci avait causé une cholémie qu'on aurait pu ıdre pour un ictère saturnin.

mières substances nutritives ingérées. En général, on commencera d'abord par des doses très-minimes, et les aliments qui dégagent facilement des gaz doivent être évités avec le plus grand soin. Le repos le plus parfait est souvent ici d'une extrême utilité, et les malades s'y livrent spontanément. Parfois, au contraire, ils se sentent soulagés par les mouvements du corps qu'ils exécutent. Dans quelques cas, mes malades ont eu promptement des évacuations; leurs douleurs se sont calmées sous l'influence de pressions et de frictions abdominales : celles-ci étaient faites avec la main ou avec un corps doux imbibé d'un liniment huileux et opiacé. Elles étaient pratiquées dans la direction du colon descendant et du rectum, de façon à diriger les matières stercorales accumulées dans telle ou telle portion du gros intestin vers une partie de cet organe plus inférieurement placée.

Traitement des états organopathologiques coïncidents.

8244. Du reste, le traitement de l'entérite saturnine doit toujours marcher de front avec celui des autres états pathologiques coïncidents. Cette proposition est de la plus haute importance pratique; ce serait une énorme faute que de traiter tous les malades qui éprouvent une entérite saturnine, d'une même façon, alors qu'un grand nombre d'entre eux sont atteints de synorganopathies variées.

8245. Tout récemment, un jeune homme entra dans le service éprouvant *d'atroces coliques, et présentant le liseret bleuâtre des gencives en rapport avec la cause : plomb. Le malade, teinturier de son état, maniait fréquemment de la litharge. Or, il habitait une chambrée où couchaient plusieurs ouvriers; il n'avait point eu de fièvres auparavant, et il était à Paris depuis peu de temps; de plus, il était atteint d'entérorrhée, de rhénorrhagies, d'éruption sacrée septicémique, et d'une fièvre vive.* Il fut pour nous évident qu'il s'agissait ici de la rare complication d'une entérite saturnine et d'une entérite septicémique. Le traitement fut, en conséquence, dirigé dans le sens des deux affections; on insista sur les purgatifs. Les accidents se prolongèrent comme entérite septicémique; mais le malade guérit en moins de quinze jours à dater de son entrée à l'hôpital.

CHAPITRE XX.

DYSNERVIES OU ANOMONERVIES ANGIBRÔMIQUES
(troubles dans l'action nerveuse du tube digestif).

8246. Il est un grand nombre de modifications dans les sensa-ns du tube digestif que l'on considère, en général, comme des *né-opathies essentielles;* c'est-à-dire qu'on ne les regarde pas comme ; conséquences des lésions matérielles et organiques. De ce nom-e sont : 1° les goûts bizarres (*pica*) qu'éprouvent certains indivi-s, et notamment les filles hydrémiques ou les femmes enceintes; le dégoût pour les aliments ; 3° la faim exagérée (*boulimie*) ou le faut absolu d'appétit (*anorexie*) ; 4° la soif portée à un très-haut gré (*polydipsie*) ; 5° la satiété se manifestant alors que très-peu aliments sont ingérés; 6° Les nausées se déclarant spontanément; le besoin de la défécation se manifestant sans que la présence des tières l'excite, etc.

8247. Or, dans un grand nombre de faits, on ne trouve aucune ion des organes angibrômiques, appréciable par le scalpel ou à la iple vue, qui soit en rapport avec les altérations de sensations it il vient d'être parlé. Mais il faut s'empresser d'ajouter cette au- réflexion : bien souvent on est forcé d'admettre, dans les cas cédents, qu'il existe ailleurs, dans l'économie, des circonstances itomiques ou des modifications de texture qui donnent lieu à ces nomènes. Pour mieux apprécier la vérité des propositions précé-ntes, entrons dans le détail des faits particuliers.

ucoup de prétendues névroses des organes digestifs sont les résultats de lésions matérielles.

8248. Dans la grossesse, dans l'hydrémie, par exemple, à coup il y a une déperdition de quelques-uns des matériaux du sang peut influer sur *le besoin de telle espèce de nourriture plutôt que elle autre.* L'utérus, chez la femme enceinte, est le siége de trou-s matériels qui modifient ses nerfs, et partant les autres parties système nerveux, ainsi que la portion de ce système dépendant l'angibrôme. *Le dégoût pour les aliments* provient, le plus ordi-rement, non pas d'une cause nerveuse, mais bien de ce que la gue est couverte d'enduits, de ce que l'estomac est dilaté par du

chyme altéré, par des liquides ou par des gaz, ou encore de ce que l'économie n'a, en aucune façon, le besoin de réparer ses pertes. *Le défaut d'appétit* dépend souvent des mêmes causes, comme son excès tient très-fréquemment à l'existence de quelque perte de liquides, ou à ce que la digestion se fait mal, à ce que le chyle ne s'absorbe pas, etc. *L'exagération de la soif* est évidemment causée, dans la majorité des cas, par une circonstance très-matérielle; je veux dire par une perte de la sérosité du sang, perte déterminée par des causes très-variées, telles qu'une sueur, une entérorrhée ou un écoulement d'urine considérable. Aussi la soif se prononce-t-elle comme symptôme dans toute affection du tube digestif accompagnée de quelque hypercrinie soit de la peau, soit de la membrane muqueuse (entérite, entérorrhée, etc.). Dans d'autres cas, le contact de certains stimulants sur les membranes pharyngienne ou gastrique, y détermine quelques changements suivis d'une augmentation remarquable dans la soif. La satiété qui se développe trop promptement pour les besoins de l'économie, tient très-ordinairement à ce que l'estomac contient des gaz, des liquides ou des matières qui sont accumulés, et qui ont un assez grand volume pour que l'organe ne puisse se développer davantage qu'avec peine. Le plus ordinairement les *nausées* sont en rapport avec la présence dans l'estomac de matières très-diverses qui l'irritent ou qui entravent l'exercice de ses fonctions. La salive, les sucs acides qui cet organe contient, occasionnent fréquemment les nausées. Certaines compressions de l'estomac (celle qui, par exemple, est produite par la grossesse et par l'hydropéritonie) donnent souvent lieu à des phénomènes du même genre. *Le besoin de la défécation*, enfin, lorsque le rectum est vide, peut être le résultat des compressions exécutées sur cet intestin par les organes voisins, ou celui d'hyperhémie, de tumeurs dont l'anus peut être le siége. Chez certains sujets encore, la présence de matières dans des portions de l'angibrôme situées bien au-dessus du rectum vide, donne lieu au besoin de la défécation.

8249. Tous les cas précédents sont fréquemment pris par les médecins, partisans des explications vitalistes, pour des phénomènes nerveux. Il est évident que c'est faute de bien apprécier les cas et de remonter suffisamment à leur pathogénie, qu'ils ont de telles opinions; quand on réfléchit que la plupart des théories généralement admises sur les affections nerveuses reposent sur des faits aussi mal étudiés que ceux dont il vient d'être parlé, on voit combien

a lieu de modifier les doctrines que se sont faites bien des auteurs ur les névropathies.

§ 251. Il reste donc comme affections vraiment névropathiques le l'angibrôme deux catégories de faits :

Névrangibrômies dépendant de troubles dans le système nerveux central.

§ 252. Les uns sont des troubles dans l'action nerveuse du tube ligestif par suite d'affections de l'axe cérébrospinal ou des autres arties du système nerveux. Dans ce nombre, on peut citer les modifications de sensation, les troubles de digestion, les nausées et le besoin de défécation qui se déclarent, soit lentement, soit spontanément : la suite de phénomènes cérébraux variés ; à la suite de névropathies ystériques se reproduisant dans diverses parties de l'appareil encéphalorachidien ; à la suite enfin de diverses affections morales. Or, de telles souffrances névropathiques sont tout à fait dépendantes d'autres états organopathologiques, et, à vrai dire, ne font point artie des angibrômies. Nous aurons à en parler plus tard. (Voyez histoire des encéphalies et des utéropathies.)

Dysnervies angibrômiques essentielles.

§ 253. Les autres faits dont nous voulons parler seraient les véritables dysangibrômonervies ; dans ces mêmes faits il arriverait pontanément, sans altération anatomique locale et idiopathique, éloinée ou générale que l'on pût apprécier, qu'il se déclarerait quelqu'une des altérations de sensations ou de fonctions dont il vient 'être fait mention. Or, il est d'une difficulté extrême d'établir la athogénie, les caractères et le diagnostic de telles affections. Nous dmettons encore que, dans les cas supposés, la difficulté d'arriver u fond des choses, de s'assurer des états pathologiques qui peuvent u non exister dans le sang, dans les organes solides autres que l'angibrôme, est souvent extrême. C'est faute de connaissances suffisantes que fréquemment on est réduit à admettre des *névropathies essentielles* du tube digestif.

§ 254. Bientôt, lorsque nous nous occuperons des névralgies de angibrôme, nous verrons que ces névralgies sont presque toujours n rapport avec quelque lésion anatomique due, soit à des altérations des nerfs du tube digestif, soit à des modifications physiques e quelque autre portion du système encéphalorachidien. Ce que nous irons à cette occasion viendra à l'appui des propositions que nous tablissons ici.

§ 255. Nous n'avons donc pas à nous occuper autrement de

l'étiologie et de la pathogénie de la plupart des anomonervies angibrômiques; disons seulement que certaines manières d'être du système nerveux central peuvent avoir une influence marquée sur les troubles de sensation et d'innervation dont il vient d'être parlé. Ainsi, consécutivement aux impressions morales, on voit survenir des troubles dans l'appétit, dans les besoins, dans les goûts, et ces symptômes se prolongent pendant longtemps sans qu'il se déclare, dans les organes gastrentériques, d'hétérotrophie, de phlegmasie, etc.

Thérapeutique.

8256. D'après les considérations précédemment établies, il est impossible, dans la très-grande majorité des cas, de traiter rationnellement, par des médications spéciales, les anomonervies angibrômiques. Il faut toujours, dans de telles circonstances, remonter aux états organopathologiques nombreux qui sont les sources des accidents, et les combattre par des moyens appropriés. Nous devons donc renvoyer ici au traitement, 1° de l'hydrémie des jeunes filles (chlorose); 2° aux soins à donner à la femme enceinte; 3° à la thérapeutique des divers états organiques que l'estomac peut présenter et qui peuvent donner lieu à la boulimie, à l'anervie, à la nausée, à la satiété, etc.; 4° à l'étude des moyens de remédier, soit à la perte de la sérosité du sang d'où la soif peut résulter, soit aux autres états organiques susceptibles de produire la polydipsie; 5° au traitement des affections du rectum qui peuvent donner lieu d'une manière incessante au besoin répété de la défécation, etc.

Cas où les médicaments antispasmodiques sont indiqués.

8257. C'est seulement quand on ne peut s'élever à la circonstance organique qui donne lieu aux accidents névropathiques dont il vient d'être fait mention; c'est lorsqu'on a des raisons de croire que le mal ne tient pas à des phénomènes organiques accessibles aux moyens thérapeutiques, qu'il est convenable d'avoir exclusivement recours à des moyens désignés sous le nom d'antispasmodiques. L'usage de ceux-ci pourrait même être indiqué à la rigueur, lorsque les symptômes dont il s'agit subsistent encore, malgré l'emploi des médications par lesquelles on cherche à attaquer les causes organiques connues des anomonervies angibrômiques.

8258. Or, si l'on s'en rapporte aux traités de matière médicale, les médicaments antipasmodiques sont très-nombreux; mais on les trouve bien rarement utiles, si l'on étudie leur action au lit du malade. Sous cette dénomination, on a rangé les opiacés et les

utres narcotiques que l'on donne en général dans l'intention de almer et de stupéfier des sensations trop vives; des préparations 'éther ou d'alcool (substances dont l'action thérapeutique est beauoup plus analogue entre elles qu'on ne le croit communément), des uiles essentielles aromatiques qui, loin de calmer, semblent au conaire déterminer une excitation momentanée assez intense pour hanger le mode de circulation et d'innervation dont les tissus sont siége; de prétendus spécifiques dont on suppose souvent l'efficaité plutôt qu'on ne la constate, etc.

8259. On peut tenter, suivant les cas, l'usage de tels moyens, n le faisant toujours avec la plus grande circonspection et en obervant constamment les effets produits. On ajoute utilement à ce aitement local des bains généraux frais ou tièdes, un régime doux u fortifiant (suivant les résultats de l'un ou de l'autre); avant tout, faut se rappeler que, dans un grand nombre d'anomonervies anibrômiques, surtout chez des gens irritables de la haute société, nez des femmes qui passent leur vie à se créer des douleurs moiles ou des plaisirs factices, les voyages, les distractions et par conequent *les bains d'eaux minérales et de mer* sont souvent les meilurs des antispasmodiques. Ces moyens agissent infiniment moins ous le rapport de l'action médicamenteuse que sous celui de l'alientation tonique dont on fait usage, de l'air pur que l'on respire, e l'exercice que l'on prend et du changement d'habitude auquel il ut alors se soumettre.

CHAPITRE XXI.

NÉVRALGIES ANGIBRÔMIQUES.

8260. Nous avons vu que, sous le nom de gastralgie, on a mal propos réuni toutes les névropathies dont l'estomac peut être le ge (n° 8161). On a désigné sous cette expression des troubles nctionnels de l'estomac exempts de douleurs et ceux dans lesquels stent des souffrances extrêmes produites par les causes les plus riées. A vrai dire, toute douleur de l'estomac pourrait être appe- gastralgie, mais l'usage a conduit à appliquer ce mot seulement x souffrances des nerfs gastriques indépendantes de toute autro ion de tissu. On serait bien plus dans le vrai si l'on désignait

par l'expression de névrogastralgies les états pathologiques dont il nous reste à parler.

8261. Presque tout ce qui a été écrit sur ce sujet se ressent du défaut de connaissances anatomiques et physiologiques de ceux qui s'en sont occupés. On s'est persuadé que les douleurs des parties de l'angibrôme que l'on ne pouvait examiner directement, ne tenaient point à des causes mécaniques, physiques ou chimiques. De là toutes les hypothèses vitalistes proposées sur ce sujet. Presque toutes les considérations précédentes relatives à la pathogénie des hypernervies, des anervies et des anomonervies angibrômiques sont applicables aux cas de simples névrogastralgies (n°s 8177, 8194, 8248). Le plus souvent, des circonstances organiques donnent naissance aux unes et aux autres, et nous ne reviendrons pas sur les considérations établies précédemment (n° 8248); nous ajouterons seulement quelques réflexions plus directement applicables aux névralgies angibrômiques.

Un grand nombre de douleurs de l'épigastre ne sont pas des gastralgies.

8262. Rien n'est plus fréquent que les douleurs épigastriques. Souvent, dans ces cas, l'estomac n'est pas malade; car on trouve le foie et non le tube digestif sur les points où la souffrance se fait sentir. Parfois, quand l'épigastre est très-sensible, des gaz distendent l'estomac, des liquides acides blessent cet organe et peuvent donner lieu à ce symptôme. D'ailleurs certains sujets ont en santé une sensibilité très-vive *au creux de l'estomac*. On ne peut s'en rapporter à cette sensation pour admettre l'existence d'une névrogastralgie : dans la région de l'épigastre se trouvent en effet des parties qui, telles que le colon, les filets nerveux des parois ou du plexus solaire, etc., peuvent être le siége de douleurs plus ou moins intenses. En général, on ne doit guère considérer comme des névrogastralgies que les cas où aucune lésion organique ne pouvant être reconnue dans l'estomac, *les points où cet organe correspond exactement aux parois abdominales*, sont *exclusivement* ceux où la douleur existe. Du reste, c'est la plessimétrie qui fournit les moyens de constater ainsi les points de l'abdomen où l'estomac est placé (n°s 7370, 7390, 7505, 7506).

8263. Les affections considérées, en général, comme des névrogastralgies, ont souvent un caractère analogue à celui de la péristole gastrique, alors qu'elle est douloureuse. Le plus grand nombre de ces sensations de constriction ou de resserrement qui se déclarent par intervalles à l'épigastre, lors de la vacuité de l'estomac, me pa-

ıissent être dues aux contractions des fibres musculaires de cet or- ane. Il n'est pas impossible qu'il en soit ainsi de celles qu'on ob- erve si fréquemment alors que ce viscère est rempli par des ali- ients ou par des gaz. Si cela était vrai, le nombre des cas de né- rogastralgie diminuerait de beaucoup. De telles douleurs auraient ›ujours quelque chose d'intermittent.

8264. Ailleurs il est bien évident que les souffrances considérées ar les auteurs comme névrogastralgiques, sont les résultats, soit e la distension de l'estomac par des fluides élastiques (n° 7508), ›it de l'altération qu'éprouve cet organe par suite du contact de li- uides acides ou bilieux avec la membrane muqueuse angibrômique ı° 7568). De telles douleurs ne sont point intermittentes et se dé- larent d'une manière continue. En vérité, on est fort embarrassé our dire quels sont les caractères essentiels des douleurs nerveuses e l'estomac. C'est surtout chez les femmes hystériques, sujettes à es névralgies fréquentes sur les points variés du corps où il ne se ouve pas de muscles et qui en ressentent parfois d'analogues dans région épigastrique, que l'on pourrait étudier et caractériser les évrogastralgies. Encore est-il vrai de dire que *bien souvent* ce n'est ıs l'estomac lui-même qui, dans de tels cas, est le siége de la dou- ur, mais bien les nerfs pariétaux, c'est-à-dire les ramifications des ıires intercostales. En effet, la pression superficielle excite ici de .ves douleurs qui évidemment ont leur siége dans la peau ou dans s enveloppes abdominales, et qui se retrouvent avec les mêmes ca- ıctères dans le dos au-dessous de la côte correspondant au nerf alade.

Il faut être réservé dans le diagnostic des névrogastralgies.

8265. On voit donc combien il faut être réservé dans le dia- ıostic des névrogastralgies; lors même qu'on les regarderait comme es affections communes, il faudrait se rappeler encore qu'il ne peut agir ici de phénomènes obscurs d'innervation, mais bien d'alté- .tions, de lésions momentanées ou persistantes survenues dans les erfs de l'estomac. Il doit arriver ici ce qui a lieu pour la névrodon- lgie (névralgie dentaire), dont nous aurons à nous occuper lors de étude des névralgies en général. Dans l'immense majorité des cas, les ›uffrances les plus évidemment névralgiques des rameaux maxillaires ı dentaires de la cinquième paire ne se déclarent point spontanément; les sont déterminées, entretenues par quelque perte de substance es dents, par quelque fracture qui met à nu ou soumet au contact

de l'air les filets dentaires ou le tissu auquel ils se rendent. Ailleurs encore, c'est l'inflammation des gencives, c'est *surtout l'accumulation de pus* dans les cavités alvéolaire ou dentaire, ce sont d'autres hétérotrophies de l'os maxillaire ou des dents elles-mêmes qui irritent, altèrent, compriment les filets nerveux et occasionnent les douleurs. Ainsi la névrodontalgie essentielle, indépendante d'une lésion organique, est fort rare, et je déclare pour ma part ne l'avoir jamais trouvée. Il m'est arrivé maintes fois que les malades atteints de douleurs odontoïques intenses affirmaient que leurs dents étaient parfaitement saines; des dentistes pensaient qu'il en était ainsi; cependant, en cherchant bien, on finissait par trouver que des caries cachées entre les faces contiguës des dents, que des affections des gencives, étaient les causes matérielles des souffrances dont nous parlons. Tous ces faits ne se rapportent donc pas à des névralgies essentielles, mais bien à des lésions anatomiques qui blessent les nerfs. Or, encore une fois, nous croyons que le plus souvent il en arrive ainsi pour l'estomac.

Névrogastralgies symptomatiques.

8266. Bien plus, comme nous le verrons ailleurs, il peut encore arriver que telle douleur névropathique (et celle de l'estomac comme toute autre) soit la conséquence d'altérations matérielles existant dans quelques filets nerveux éloignés du viscère lui-même. Ainsi dans les cas de grossesse, d'anutérorrhagies, de carcinie utérine, on voit des douleurs gastralgiques se déclarer avec une grande vivacité. A la nécroscopie, on ne trouve aucune lésion matérielle de l'estomac.

Névrentéralgies.

8267. Des considérations tout à fait analogues à celles qui viennent d'être établies sur les gastralgies sont applicables aux entéralgies. Celles-ci nous paraissent être infiniment rares. Nous avons déjà dit ce qu'il fallait penser de l'iléus nerveux (n° 8167) et de l'entéralgie saturnine (n° 8227). Maintes fois *des volvulus, des intussusceptions intestinales ont été prises pour des douleurs nerveuses du tube digestif* (n° 7433), parce que ces lésions organiques étaient suivies de souffrances vives en rapport avec les contractions des fibres de l'angibrôme. On peut en dire autant des souffrances abdominales consécutives à d'autres sténosies. Tout cela ne doit pas être rapporté aux névrentéralgies.

Douleurs abdominales dans l'hystérie; leur nature.

8268. On voit parfois, chez les femmes, d'atroces douleurs de

ventre qui succèdent aux attaques d'hystérie et qui alternent avec elles. Ces souffrances sont si aiguës que fréquemment on les a rapportées à la péritonite. Le diagnostic entre ces deux affections est cependant très facile à établir ; car, dans les douleurs abdominales hystériques, la sensibilité est exquise; elle s'exaspère par la simple pression des téguments, et il n'y a pas d'épanchement abdominal reconnaissable par la plessimétrie; de plus, aucun état fébrile ne coexiste ; l'invasion *qui succède à des symptômes hystériques*, ou qui a lieu, soit au moment des règles, soit pendant leur durée ou immédiatement après leur cessation, l'invasion, dis-je, est instantanée, et la terminaison est tout aussi rapide. On verra, dans une autre partie de cet ouvrage, que la péritonite a des symptômes et une marche tout à fait différents.

8269. Ces douleurs abdominales attribuées à des névralgies de l'intestin chez les femmes hystériques me paraissent être en rapport avec des contractions musculaires auxquelles l'angibrôme se livre. Voici, en effet, ce qu'on observe dans de semblables cas: il arrive d'ordinaire que le ventre se distend brusquement par des gaz (l'inspection, la palpation et la plessimétrie en fournissent la preuve). Que cette accumulation soit la conséquence du défaut d'action d'une portion de l'intestin qui, ne se contractant pas, ne comprime plus les fluides élastiques (1) ; qu'elle soit le résultat d'une sécrétion gazeuse *due à un état nerveux* (ce qu'il est bien difficile d'admettre); qu'il y ait une contraction musculaire du sphincter s'opposant à la sortie des fluides élastiques ; que les malades enfin avalent de l'air (ce qui paraît avoir lieu dans certains cas) ; toujours est-il que l'intestin distendu devient très-douloureux. De moments en moments, il survient des exacerbations de souffrance revenant en quelque sorte par accès, et qui paraissent correspondre au temps et au lieu où l'angibrôme se contracte; aussi entend-on en même temps des *borborygmes* souvent très-bruyants. Ces bruits sont dus au passage des gaz d'un point de l'intestin vers une autre partie de ce conduit, et cela à travers des resserrements péristaltiques et involontaires des fibres musculaires du tube digestif.

8270. Bien que cette explication de la nature des douleurs abdominales dans l'hystérie ne soit pas à l'abri d'objections, elle est

(1) Nous verrons, dans d'autres parties de cet ouvrage, que l'anervie est un phénomène assez fréquent dans l'hystérie. Voyez le très-remarquable Mémoire de M. Macario sur la paralysie hystérique. (Annales médico-psychologiques.)

fondée sur beaucoup d'analogies et sur l'examen attentif des faits. Récemment encore, dans un cas d'entérosténosie dont le siége précis était douteux, *on voyait très-manifestement des anses d'intestin situées au-dessus du rétrécissement se livrer à des contractions spasmodiques, et faire une saillie bosselée considérable dans laquelle on trouvait par la plessimétrie une énorme quantité de gaz.* Quoi qu'on pense de cette explication, toujours est-il que les considérations précédentes doivent faire élever des doutes relativement à la valeur des hypothèses émises sur les causes des douleurs abdominales dans l'hystérie.

Névralgies du rectum et de l'anus.

8271. On serait parfois tenté de croire que le pourtour de l'anus chez certains sujets est le siége de névralgies. Certes, avant les belles recherches de Boyer sur les fissures de l'extrémité inférieure de l'angibrôme, on aurait eu en apparence toute raison de les admettre. On l'eût fait alors avec d'autant plus de facilité qu'on n'examinait pas l'anus avec tout le soin qu'on y a mis depuis. Or, dans les cas nombreux où j'ai observé des douleurs extrêmement vives du pourtour de l'extrémité inférieure du tube digestif, j'ai toujours trouvé des raisons anatomiques de leur existence. Soit qu'il s'agisse de douleurs habituelles ou se déclarant avec des redoublements, soit qu'il se manifeste des douleurs excessives au moment du passage des matières ou encore après ce passage, et lorsque le sphincter se resserre, j'ai constamment rencontré quelques-uns des faits suivants : 1° la fissure décrite par Boyer ; 2° des tumeurs hémorrhoïdaires plus ou moins considérables et qui, parfois fort petites, situées sur l'extrémité inférieure de la membrane muqueuse, viennent à être resserrées, étranglées par le sphincter, et remontent en causant une souffrance extrême à travers cet anneau fibreux; 3° des végétations syphilitiques ou autres qui, cependant, sont en général peu sensibles; 4° des affections carciniques; 5° un état de congestion de la membrane muqueuse anale dû à quelque difficulté dans le cours du sang veineux; 6° enfin un état de rétrécissement habituel des sphincters joint à l'accumulation de matières fort dures et fort inégales dans le rectum, d'où résulte une sensation pénible, habituelle dans l'anus, et de vives douleurs, lors du passage des matières.

8272. Or, il est évident que, dans tous ces cas, il n'y a pas de névralgies essentielles, mais bien des douleurs consécutives à d'autres lésions organiques. Dans l'état actuel de la science, nous ne

nnaissons aucune affection qui puisse être considérée comme une uffrance nerveuse primitive du pourtour de l'anus.

8273. Seulement établissons ici un fait qui n'est pas sans im- rtance; c'est que souvent les douleurs du pourtour de l'anus, dé- loppées dans une des circonstances précédentes et à l'occasion des ions organiques dont il vient d'être parlé, sont excessives; c'est 'elles ont un caractère névralgique; c'est qu'elles se manifestent r élancements; c'est qu'elles se propagent de bas en haut, et en di- nuant d'intensité le long du tube digestif. Parvenues à l'intestin êle, elles prennent un caractère obscur: à l'estomac, elles se trans- ment parfois en nausées suivies mêmes de vomissements.

Thérapeutique.

8274. Le traitement des névralgies du tube digestif repose sur mêmes principes que celui des autres névropathies angibrômi- es. La lecture attentive des considérations précédentes suppléera ce qui pourrait manquer à cet article (nos 8179, 8197, 8231, 8256).

faut, avant tout, remédier aux causes organiques et productrices des névralgies angibrômiques.

8275. Avant tout, il faut remonter aux causes organiques et lo- les qui donnent lieu aux douleurs névralgiques des diverses parties l'angibrôme. La destruction de ces causes est le seul moyen de médier efficacement et absolument à la souffrance qu'éprouvent les lades. C'est surtout pour l'odontalgie et les névralgies de la bou- e, de la face ou même du cuir chevelu, entretenues par l'odontalgie, e cette proposition est d'une application utile. Il m'est arrivé un mbre considérable de fois de faire dissiper des névralgies de di- ses parties de la tête en faisant arracher une dent cariée, point départ du mal. En général, les dents cariées à une certaine pro- ideur et causant l'odontalgie doivent être toujours enlevées. s accidents les plus graves, des abcès, des fistules de l'os maxil- re, des caries, des carcinostéies, à coup sûr des névralgies mbreuses et variées, peuvent être les conséquences de la con- vation momentanée des dents, qu'on est plus tard obligé d'ar- cher.

8276. Dans toute douleur d'estomac présumée de nature névral- que, il faut, avant de la traiter, chercher et rechercher encore si n ne peut pas découvrir quelque cause matérielle dépendant la manière de vivre ou de quelque lésion organique qui donne u à ce phénomène. Dans le cas où l'on est assez heureux pour

la trouver, il faut commencer par la traiter. (Voyez le traitement des angibrômectasies, des gastromalaxies, etc.) Des considérations du même genre sont applicables au névrentéralgies.

Moyens d'arrêter momentanément les douleurs dues à la contraction des fibres musculaires du tube digestif.

8277. Quand on est porté à croire que les douleurs angibrômiques ressenties par les malades sont dues à la contraction des fibres musculaires des parties où ces douleurs ont leur siége, on peut les calmer par divers moyens. C'est ainsi qu'en portant dans l'estomac des aliments au moment ou des contractions douloureuses se déclarent, on arrête brusquement celles-ci. Ce résultat est dû, sans doute, à ce qu'un nouveau travail de digestion s'accomplit alors, et et à ce que la péristole ne s'opère qu'au moment où la chymification est terminée. Dans une foule de cas, j'ai tiré un grand parti de ce fait, et je puis affirmer, sans crainte d'être démenti par l'expérience, que, dans de telles circonstances, *quelques morceaux de biscuit avec du vin de Bordeaux sont d'excellents antispasmodiques.* Non-seulement une telle pratique m'a réussi quand l'estomac était vide ou contenait peu d'aliments; mais encore alors qu'il était rempli d'une quantité de nourriture mal digérée sur laquelle les fibres musculaires se *contractaient douloureusement;* maintes fois même le travail de la chymification se rétablissait dans les aliments primitivement ingérés alors qu'une nouvelle action gastrique était provoquée par les substances excitantes que je faisais prendre de la façon qui vient d'être exposée. J'ai vu, dans certains cas de pylorosténosie carcinique, de tels moyens calmer pour quelque temps, et souvent pour plusieurs heures, les douleurs que l'on considérait comme névralgiques, et qui étaient dues aux contractions de l'estomac (n[os] 7432, 7472).

Huiles essentielles; excitants.

8278. C'est probablement de la même façon qu'agissent l'éther, certaines teintures, quelques huiles essentielles étendues d'un véhicule alcoolique ou aqueux, l'eau de mélisse, l'eau de menthe, etc.

8279. Dans les cas encore où les névralgies angibrômiques seraient dues exclusivement à un trouble dans l'action nerveuse en rapport avec un changement inappréciable survenu dans la structure du nerf (trouble dans l'innervation, sensibilité exagérée), alors les moyens précédents pourraient encore réussir. On conçoit en effet que l'excitation vive qu'ils déterminent modifie de telle sorte l'action nerveuse dans les tissus atteints de névralgie, que la cessation des

douleurs en soit la conséquence. Il peut même en arriver ainsi, lorsque des circonstances mécaniques et tout à fait organiques amènent le retour des souffrances. Aussi l'on fait cesser parfois l'odontalgie, et cela d'une manière subite, en portant sur la membrane muqueuse de la bouche ou dans la carie dentaire de l'essence de girofle, de l'alcool, etc., soit purs, soit imprégnant un fragment d'éponge ou de coton. La mastication de la racine de pyrèthre, l'application dans la bouche du sel marin ou de tout autre corps très-irritant, produisent encore des effets analogues.

Narcotiques.

8280. En général, lorsque les médecins croient avoir affaire à une affection exclusivement névralgique du tube digestif, ils ne manquent pas d'avoir recours aux diverses préparations d'opium, à la belladone, et à d'autres substances dites narcotiques. Je ne condamne pas cette pratique, mais je dois dire : qu'elle ne m'a presque jamais réussi ; que l'extrait aqueux thébaïque donné par un, deux, ou trois centigrammes, toutes les demi-heures ; que le laudanum de Sydenham administré en potion ou en lavement, ont bien rarement calmé les douleurs gastriques ou intestinales ; que cependant, d'après la pratique d'un grand nombre de médecins, le laudanum de Rousseau semblerait avoir un grand avantage dans les cas de souffrances vives du rectum. Les sels de morphine sont plus actifs, mais plus dangereux, et je crois qu'on a exagéré leur efficacité. Il est bien plus douteux encore que l'opium appliqué en cataplasmes sur les régions de la peau correspondantes aux parties malades soit absorbé en suffisante proportion pour être utile. La méthode endermique dont nous parlerons surtout à l'occasion du traitement des névralgies intercostales (si souvent prises pour des gastralgies), est bien autrement avantageuse. En définitive, il ne faut avoir qu'une confiance médiocre dans les narcotiques, alors qu'il s'agit de combattre des névrogastralgies. D'un autre côté, les tentatives que bien souvent j'ai faites pour calmer par de tels moyens des douleurs du rectum ou de l'anus, ont eu peu de succès ; seulement, quand on administre l'opium à des doses suffisantes pour produire une action narcotique sur le cerveau, alors les malades ne ressentent plus leurs souffrances ; mais une telle médication a beaucoup d'inconvénients, et ce n'est guère que dans le cas d'excesives douleurs qu'il est bon d'y avoir recours. Des considérations du même genre sont à plus forte raison applicables à l'acide cyanhydrique et aux préparations dont il constitue l'élément

actif (eau de laurier-cerise, émulsion d'amandes amères). De tels médicaments ne doivent être donnés qu'avec une extrême circonspection.

Vésicatoires, saignées générales et locales.

8281. J'ai tiré fort peu de parti, dans le traitement de douleurs qui me paraissaient être névrogastralgiques, des vésicatoires et des autres moyens réputés révulsifs ou dérivatifs portés sur la peau de l'épigastre.

8282. Presque toujours les évacuations sanguines locales amènent une amélioration momentanée. Le calme produit par des pertes de sang a été sans doute la cause de ce qu'on a souvent considéré de telles douleurs comme étant de nature inflammatoire. Cette raison déduite de faits thérapeutiques mal déterminés a si peu de valeur, que les névralgies des membres réputées non phlegmasiques sont amendées aussi par les applications de sangsues. En général, ce mieux-être dure peu, parce que le plus souvent l'évacuation sanguine ne remédie pas aux circonstances organiques qui donnent lieu aux névrogastralgies. La règle pratique relative à l'emploi des saignées locales dans les névralgies angibrômiques est celle-ci : quand le malade ne présente pas de signes d'anémie ou d'hydrémie et qu'il éprouve des accidents gastro ou entéronévralgiques ; quand ces accidents ne cèdent point à des moyens hygiéniques, à des bains, à la médication adoucissante et légèrement sédative, alors il est convenable d'avoir recours à la méthode antiphlogistique générale et locale. On insistera plus ou moins sur celle-ci, suivant le degré d'amélioration qu'elle produira, et suivant aussi les quantités et les qualités du sang que le malade conservera. Il serait aussi absurde d'admettre qu'il ne faut pas saigner dans les névrogastralgies que de dire qu'il faut avoir recours dans toutes les affections de cette nature aux pertes de sang. C'est la coïncidence de l'hypérémie, de l'anémie ou de l'hydrémie, qui permet d'avoir ou non recours à la médication antiphlogistique.

Alimentation.

8283. On a admis en général, depuis la publication de divers ouvrages sur les névrogastralgies, qu'une alimentation éminemment tonique, et constituée par des viandes faites, grillées ou rôties, que des boissons excitantes, telles que du vin généreux, *étaient toujours* convenables *dans de telles affections*. C'est là, suivant nous, une grave erreur à laquelle l'expérience clinique donnerait bien souvent un démenti. C'est pour avoir confondu sous le nom de gastralgies des lé-

ions fort disemblables qu'on a pu adopter de telles opinions. Nous vons vu, sans doute, que l'anervie gastrique, que les contractions oulouređeuses de l'estomac, etc., réclamaient souvent l'usage d'un ré-ime semblable à celui qui vient d'être dit (n° 8199) ; il arrive même ue, dans certaines circonstances où l'on est forcé de considérer omme névralgiques les souffrances que les malades éprouvent à l'é-igastre, le régime réparateur est utile; mais ailleurs l'alimentation vec les substances adoucissantes , telles que le lait, les crèmes, les andes blanches, le poisson, réussit beaucoup mieux que toute autre anière de vivre. Parfois l'eau seule peut être supportée. Que faire onc pour diriger sa conduite dans des cas aussi douteux ? C'est d'a-oir successivement recours à une alimentation variée, c'est de con-ılter l'expérimentation journalière et de se décider à suivre telle ou lle marche thérapeutique suivant les effets obtenus de tel ou tel rdre de moyens.

Autres moyens hygiéniques.

8284. C'est principalement aux moyens diététiques qu'il faut ıpporter l'honneur de la sédation ou de la guérison de certaines évralgies gastriques ou entériques. De telles souffrances sont au ıoins infiniment calmées par l'exercice au grand air, par les eaux mi-érales, les bains de mer, et par la simple habitation à la campagne. ussi les personnes atteintes de ces névropathies et qui sont dans ısance, font-elles bien de voyager pendant la belle saison. Elles gissent alors plus sagement qu'en s'adressant, comme elles le font op souvent, à de misérables trafiquants de santé, qui les trompent en ur prescrivant des poudres inertes ou des médicaments inutiles. e régime seul est la cause de quelques succès obtenus par certains ıarlatans, alors qu'ils traitent des malades soignés précédemment ır des médecins faibles en diagnostic ou partisans outrés de l'abs-nence exagérée.

Douleurs de l'abdomen dans l'hystérie et dans l'hypochondrie.

8285. Il est deux séries de phénomènes névralgiques dont l'an-brôme peut être le siége et qui mériteraient une mention particu-ère. Elles consistent : l'une, dans les douleurs du tube digestif à la ıite d'accidents névropathiques utérins (hystérie) ; l'autre, dans les ouffrances abdominales de certains individus qui se préoccupent lus de ces accidents que la gravité du mal ne l'exigerait. Nous eviendrons sur ces affections à l'occasion de l'étude de l'hystérie t de l'hypochondrie.

CHAPITRE XXII.

ANGIBRÔMONÉCROSIE

(gangrène du tube digestif).

8286. L'étude des nécrosies dont les diverses parties du tube digestif peuvent être le siége, rentre dans l'histoire de la gangrène considérée en général (n° 572). Elle appartient aussi à la pathologie chirurgicale. Partout, en effet, où la main peut atteindre et porter des moyens de curation, il ne s'agit plus (dans les idées généralement répandues) d'affections médicales. Nous nous conformons, bien qu'avec regret, à cette division éminemment fausse que l'on a établie dans la science; et, d'ailleurs, l'immensité de notre sujet nous force à nous occuper seulement ici de ce qu'il est indispensable de traiter. Aussi renvoyons-nous en grande partie à la chirurgie l'histoire des lésions organiques suivantes : 1° la gangrène de la bouche (stomatonécrosie); 2° celle du pharynx (pharyngonécrosie); 3° celle des intestins (entéronécrosie) à la suite des hernies; celle enfin qui se manifeste autour du rectum (rectonécrosie) consécutivement aux abcès stercoraux et aux fistules à l'anus. Les généralités que nous avons exposées dans notre premier volume (n° 572) et les considérations relatives à la gangrène, étudiée dans les autres parties de l'organisation (n°s 2183, 2352, 3435, 2713), combleront les lacunes que cet article pourrait présenter.

8287. Les nécrosies du tube digestif sont presque toujours consécutives à d'autres états organopathologiques. L'inflammation excessive peut produire la mort partielle dans la membrane muqueuse gastrentérique (n°s 7798, 7982, 7989, 7992). Les sténosies vasculaires occasionnent, dans l'angibrôme, le même effet nécrosique que dans les autres régions du corps de l'homme; les phlegmasies très-intenses n'agissent peut-être que d'une semblable façon. Les poisons corrosifs désorganisent et, par conséquent, frappent de mort les portions d'estomac ou d'intestin qu'ils touchent. Le calorique mortifie les lèvres ou la langue lorsqu'il y est appliqué. Certaines altérations du sang décident, dans le pharynx, dans l'intestin grêle et dans le rectum, la formation de plaques gangréneuses plus ou moins étendues. Exemples : certaines épidémies de pharyngites spéciales suivies de nécrosies; l'entérite et la colorectite septicémique. On voit encore d'au-

es lésions physiques très-évidentes occasionner la gangrène. C'est qui a lieu : 1° pour les hernies étranglées ; 2° pour les sténosies ıtériques résultant de l'invagination ou de plicatures du tube digestif. 3° pour les cas où les fèces échappées de quelque ouverture du ecum vont gangréner, soit les tissus dans lesquels elles pénètrent, soit tube alimentaire lui-même, etc. Or, dans tous ces cas et dans quelıes autres encore, l'histoire de la nécrosie angibrômique se rattaıe évidemment à celle des lésions organiques dont elle est le résult, et ce serait à tort que nous répéterions ici ce qui a été ou ce qui ra dit ailleurs,

Nécrorganographie, biorganographie, symptomatologie.

2288. Les caractères de la gangrène du tube digestif, soit penınt la vie, soit après la mort, ne diffèrent en rien de ceux qui nt propres aux nécrosies des autres parties de l'organisme. Aucun gne physique direct ne permet de la constater, alors qu'il s'agit des ɔrtions de l'angibrôme profondément placées. Mais si la gangrène ent à frapper les gencives, la langue, le pharynx ; mais si elle atteint nus ou la région inférieure du rectum, il est facile de la reconnaître.

2289. Dans toutes ces parties, il faut toujours bien distinguer tre eux les cas où la nécrosie est bornée, circonscrite par une surce nettement enflammée ou suppurante, et ceux dans lesquels une ıance de coloration graduée sépare les tissus vivants des portions l'angibrôme que la mort a atteintes. Ces deux états organopathogiques se rencontrent parfois dans les cavités buccales et pharynennes. Récemment encore, j'ai vu, à l'hôpital de la Pitié, une fille seize ans qui, se plaignant d'une légère pharyngite, présentait une carrhe large, épaisse, grisâtre, ramollie et profonde, envahissant e épaisseur considérable de l'amygdale gauche. J'ai plusieurs fois servé des nécrosies partielles du même genre, tout aussi bien litées que dans le cas précédent, et qui avaient frappé les joues, les res ou les gencives. Rien n'est plus ordinaire que de voir des nésies semblables atteindre la portion du tissu gengival qui recouvre dernières molaires, alors que l'éruption de ces dents s'opère. utes ces nécrosies, dues peut-être à quelque oblitération de vaisux, à quelque désorganisation, résultat, soit de causes locales, t de l'action toxique de divers agents, ne présentent point de graé. Elles en ont d'autant moins qu'elles sont séparées des tissus ns par des parties phlegmasiées, par des pseudoméninges, par des rfaces suppurantes, enfin par des circonstances organiques qui

s'opposent à la résorption ou à l'introduction des matières putrides provenant des escarrhes dans l'appareil circulatoire. Quand de semblables nécrosies se déclarent à l'anus, ce qui du reste est rare, elles se prêtent aux mêmes réflexions.

8290. Les nécrosies non circonscrites des organes précédents sont heureusement assez rares. Elles se remarquent parfois à la bouche et chez les jeunes enfants. Elles ont chez de tels sujets une funeste tendance à se propager aux parties d'alentour. Semblables à la pustule maligne, elles envahissent les divers points de la membrane buccale et pharyngienne, s'étendent aux os et sont suivies d'une prompte mort. Elles sont souvent précédées et accompagnées de phénomènes de septicémie. Dans un cas, j'ai vu une semblable nécrosie commencer par la face interne de la lèvre supérieure, se propager aux gencives, aux joues. Les alvéoles furent mises à découvert. Cet affreux accident qui, en trois jours, fut suivi de la mort, avait eu lieu sur une petite fille très-robuste, primitivement atteinte d'une rougeole et d'une entérite probablement septicémique. Cet enfant portait sans cesse à sa bouche les mains salies par les fèces. Telle fut sans doute la cause de la terrible affection que la bouche présenta. Du reste, la petite malade habitait un cabinet fort petit, où sa nombreuse famille se tenait habituellement. Ces nécrosies extensives de la bouche se manifestent le plus souvent chez les sujets qui respirent un air altéré par l'habitation et par la respiration d'un grand nombre d'individus.

8291. Il en est ainsi de la véritable nécrosie pharyngienne, qui d'ailleurs est si rare, et qui, avant les travaux de M. Bretonneau, a été si longtemps confondue avec le croup. On avait pris, en effet, pour des plaques nécrosiques les pseudoméninges plus ou moins épaisses qui, dans la pharyngite blenplastique, se forment sur la membrane muqueuse (n° 7918). Cependant rien ne ressemble ici à la gangrène; car il s'agit de productions grisâtres, blanchâtres, déposées sur un tissu enflammé et, par conséquent, très-vivant (n° 7918). On n'observe alors ni la fétidité de la gangrène ni la décomposition des tissus résultats de la mortification; mais dans certains cas, d'ailleurs excessivement rares, on trouve de véritables escarrhes gangréneuses sur le pharynx. Ces nécrosies se propagent aux environs. Elles ne se limitent point, et, promptement accompagnées des symptômes les plus graves de la septicémie, elles sont suivies de la mort. J'ai plutôt lu de semblables descriptions que je n'ai vu de cas qui s'y rap-

portent. Les caractères que présentent une semblable lésion consistent : dans des plaques grisâtres, brunâtres dont la surface est déprimée par rapport aux tissus d'alentour ; ceux-ci présentent *une rougeur livide. Une odeur spéciale de gangrène* se manifeste en même temps et constitue un des meilleurs caractères de cette même lésion. On conçoit aussi qu'à la suite de certains états pathologiques du sang, tels que les septicémies hippique (morve), pestilentielle (peste), etc., de semblables nécrosies pharyngiennes puissent se déclarer. La gangrène de la bouche et du pharynx succède aussi parfois à la pustule maligne et au charbon de la face.

8292. A part les cas où le tube digestif fait saillie au dehors, comme cela a lieu dans des hernies, on ne possède point de faits physiques autres que les caractères présentés par les matières évacuées, pour reconnaître la nécrosie des parties profondes de l'angibrôme. Dans la gastrite toxique, dans l'entérite et dans la colorectite septicémiques, l'examen des substances rendues par le vomissement ou par la défécation peut porter à admettre, avec de grandes probabilités, qu'il existe des escarrhes gangréneuses dans les organes où ces lésions ont leur siége. C'est ainsi que des détritus mortifiés de membrane muqueuse, que des anses d'intestins nécrosiées et séparées des parties vivantes, ont été trouvées dans les produits excrétés. De plus, l'apparence des liquides évacués, leur aspect sanieux, leur fétidité caractéristique (qui a lieu parce qu'il existe, dans le tube digestif, de l'air qui cause la putréfaction), sont de bons caractères de la gangrène intestinale. J'en ai parfois tiré parti, dans l'entérite septicémique, pour diagnostiquer l'existence d'escarrhes. La microscopie pourrait donner ici des documents utiles en faisant trouver, dans les matières évacuées, les débris putrilagineux des organes frappés de mort. Les gaz évacués par l'œsophage ou par les selles, et présentant une odeur gangréneuse, pourraient aussi faire soupçonner l'existence de nécrosies angibrômiques.

8293. Dans les nécrosies gastrentériques non limitées, comme dans la gangrène des autres parties, les phénomènes généraux ont, sous le rapport du diagnostic, une très-grande valeur. *Ces phénomènes consistent dans les symptômes de la septicémie portés au plus haut degré :* débilité extrême du cœur et du pouls, faciès cadavérique, entérorrhée abondante et fétide, sueurs froides, etc. (voyez le troisième volume des monographies); ces terribles accidents se déclarent brusquement chez des malades atteints d'angibrômies intenses,

ou de nature septicémique. Ils portent, tout d'abord, les praticiens exercés à craindre qu'il existe une nécrosie des parties qui, précédemment, avaient été le siége des accidents aigus. La promptitude avec laquelle ceux-ci et notamment les douleurs viennent à se dissiper, pour faire place à un calme complet accompagné de la faiblesse de circulation dont il a été parlé, sont très-propres à faire établir plus positivement encore le diagnostic de la nécrosie angibrômique.

8294. La gangrène partielle et circonscrite du tube digestif, soit qu'elle reconnaisse pour cause l'action de poisons ou de quelque altération du sang, soit qu'il faille la rapporter à l'étranglement de l'intestin ou à tout autre circonstance organique, peut présenter une marche plus lente et avoir pour conséquence la perforation de l'estomac ou de l'intestin; de là une péritonite générale ou partielle, des abcès, etc., ou encore la séparation des tissus frappés de mort, une guérison plus ou moins lente et des ulcérations qui leur succèdent. Dans ce dernier cas, les accidents sont à peu près les mêmes que ceux des elcosies angibrômiques dues à toute autre cause (n° 8090).

Étiologie. Pathogénie.

8295. Les circonstances organiques qui donnent lieu à la mort partielle du tube digestif ne diffèrent pas de celles qui produisent la nécrosie de toute autre région du corps (n° 574). Des agents chimiques, en décomposant les tissus de l'angibrôme, en déterminent inévitablement la nécrosie. Certains poisons septiques peuvent y occasionner la gangrène, et cela probablement d'une manière chimique, mais inexpliquée. Les nécrosies angibrômiques suivent des étranglements intestinaux, et c'est encore une question de savoir si les oblitérations vasculaires qui ont lieu dans les hernies causent la mort partielle des tissus, ou si cette mort est due à la coarctation des intestins et à l'obstacle survenu au cours des matières. Une foule d'analogies, et notamment la gangrène des membres, l'encéphalomalaxie (dont les sténosies artérielles et veineuses sont souvent les causes), l'absence assez fréquente de la gangrène, bien qu'il ait existé, dans l'intestin, des obstacles mécaniques au cours des matières, porteraient à adopter la première opinion de préférence à la seconde.

8296. Ailleurs des phlegmasies de l'angibrôme parvenues à un très-haut degré d'intensité peuvent y produire la mortification; mais un fait semblable est assez rare. Il est bien vrai que, dans l'entérite septicémique et notamment dans la colorectite épidémique, il existe

assez fréquemment des plaques gangréneuses, mais alors il y a coïncidence et d'une altération générale du sang (septicémie) et d'une phlegmasie locale. Du reste, dans ces affections comme dans la plupart des autres, probablement l'inflammation cause la nécrosie, en déterminant des stases vasculaires et des arrêts de circulation. Il y aurait alors dans les capillaires phlegmasiés des sténosies qui produiraient la gangrène de la même façon que les rétrécissements ou les oblitérations des grosses artères ou des grosses veines donnent lieu à la mortification des parties auxquelles ces vaisseaux se distribuent.

Thérapeutique.

8297. La gangrène n'étant pas une maladie, mais bien la mort partielle des organes (n° 574), il en résulte qu'aucun traitement proprement dit ne lui est applicable. Ce sont exclusivement les états organiques des tissus qui entourent les parties nécrosiées qu'il s'agirait d'étudier sous le rapport de la thérapeutique. Or, cette étude se trouve nécessairement dans les diverses parties de cet ouvrage qui traitent des phlegmasies simples ou toxiques, des elcosies, des sténosies, etc., de l'angibrôme. D'ailleurs le traitement local qu'exigent les nécrosies du tube digestif sur les points où elles sont accessibles aux moyens manuels, rentre entièrement dans l'histoire des maladies chirurgicales.

8298. Nous établirons, à l'occasion de l'histoire des dermonécrosies et notamment *de celles qui ont leur siége à la région sacrée*, les principes sur lesquels il faut se fonder pour le traitement des nécrosies en général, et ce que nous dirons alors se rapportera tout aussi bien à la gangrène du tube digestif qu'à celle des autres parties. Remarquons seulement que toutes les fois qu'on reconnaîtra, par la coloration noirâtre et livide, par le défaut de consistance ou plutôt de résistance des parties, par l'odeur caractéristique, par l'insensibilité, par la marche des accidents, etc., une nécrosie de la bouche, du pharynx ou de l'anus, il faudra avoir recours à un traitement actif. Quand la mortification ne sera pas réellement limitée par un cercle franchement inflammatoire, on devra, si la disposition des parties voisines le permet, avoir tout d'abord recours à la cautérisation avec le fer rouge ou à d'autres caustiques puissants. Ce sont là les moyens les plus propres à arrêter les progrès d'un mal qui, abandonné à lui-même ou traité avec timidité, serait souvent suivi d'une mort prompte. Ajoutons aussi qu'il faut songer à entraîner par le lavage, les sucs qui s'écoulent des parties nécrosiées, et prévenir

leur résorption, en évitant surtout de faire saigner les parties vivantes qui touchent aux escarrhes.

8299. Enfin il est utile d'empêcher autant que possible le contact de l'air sur les parties nécrosiées qui seraient extérieurement placées (pansements appropriés); de les conserver (usage de la créosote étendue d'eau); de les saler (emploi du sel marin); de les alcooliser (lotions avec l'alcool); de les tanner (application de la poudre de quinquina ou même du tanin); de les momifier enfin, pour prévenir leur décomposition putride, et pour empêcher la formation des sanies qui, portées dans la circulation, pourraient déterminer les accidents les plus funestes. (Voyez à l'appui de ces préceptes, qui seront développés dans notre article sur les dermonécrosies, le fait si remarquable de cette jeune femme dont toutes les parties génitales externes furent nécrosiées pendant la durée d'une septicémie. Cette femme guérit d'une manière parfaite (note du n° 7979). Voyez aussi le mémoire que M. A. Blanchet a rédigé, d'après mes leçons, sur la dermonécrosie sacrée (1). Je citerai plus tard un grand nombre de faits qui établissent pour moi, d'une manière incontestable, la vérité et l'utilité des propositions précédentes.)

(1) Chez Lecaplain, rue Neuve-Racine, n° 1. — 1842.

ADÉNOPATHIES

OU

ADÉNIES ANGIBROMIQUES,

MALADIES DES GLANDES ANNEXÉES AU TUBE DIGESTIF.

SIALADÉNIES (1)	maladies	des glandes salivaires.
PANCRÉATIES....		du pancréas.
HÉPATHIES.....		du foie.
SPLÉNIES.......		de la rate.
NÉPHRIES......		des reins.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

8300. L'histoire des maladies des glandes annexées au tube digestif doit nécessairement suivre l'étude des souffrances angibrômiques; car le conduit alimentaire a les relations les plus intimes, et cela soit en santé, soit en maladie, avec les glandes salivaires, le pancréas, le foie et les reins. Quant à la rate, dont le tissu est plutôt celui d'un ganglion circulatoire que d'une glande, il est difficile d'en séparer la pathologie de celle qui traite du foie, attendu que les physiologistes comme les médecins ont presque toujours rapproché entre elles les études des affections hépatiques et spléniques.

(1) Par abréviation de sialadénopathies, de pancréatopathies, etc. Dans la suite de cet ouvrage et pour rendre les mots moins longs, nous nous servirons souvent de la désinence IE, comme signe représentatif de *pathie*. Ce sera *perdre quelque chose de la clarté; ce sera gagner beaucoup comme euphonie.* Quant au mot sialadénie, faisons la remarque suivante : *On n'a pas donné de nom anatomique aux glandes salivaires prises collectivement;* or, rien ne paraît plus logique et plus conforme au génie de la langue grecque et aux consonnances françaises que de leur donner le nom collectif de sialadénies.

PREMIÈRE SECTION.

CHAPITRE Ier.

SIALADÉNIES
(maladies des glandes salivaires).
PANCRÉATIES
(maladies du pancréas).

8301. La plupart des affections des glandes salivaires font partie des maladies que l'usage a fait ranger parmi les affections chirurgicales. Telles sont, par exemple, les hypertrophies, les hétérotrophies, les phlegmasies, etc., de la glande parotide; telles sont les sténosies, les perforations de son conduit excréteur; telle est la dilatation du conduit de Warthon (sialangiectasie) portée quelquefois si loin, que ce canal prend l'apparence d'un vaste réservoir. (On a donné à cette affection le nom bizarre de grenouillette.) Telle est encore la sténosie ou l'emphraxie des conduits salivaires, souvent causée par des calculs qui s'y arrêtent, et qui peuvent être les causes de la dilatation de ces canaux; les carcinies, les phymies des glandes de la salive rentrent aussi dans l'histoire de la pathologie chirurgicale. Nous établirons donc seulement ici quelques considérations générales sur les phlegmasies, sur les hypercrinies et sur les anomocrinies dont les organes formateurs de la salive peuvent être le siége; nous le ferons d'autant plus que cette étude présentera de l'utilité pour l'intelligence de ce qui suivra sur les hépathies et sur les néphries.

CHAPITRE II.

SIALADÉNITE
(inflammation des glandes salivaires).
PAROTIDITE
(inflammation de la glande parotide).
PANCRÉATITE
(inflammation du pancréas).

8302. La parotide est presque la seule des glandes salivaires dont les phlegmasies aient été étudiées. On a vu dans quelques cas son parenchyme (ou plus souvent peut-être le tissu cellulaire

qui entoure ses lobules et ses lobellules) être le siége soit d'une simple fluxion inflammatoire, soit de pyites circonscrites (abcès), ou non circonscrites (infiltrations purulentes). Ces affections étaient parfois le résultat d'agents mécaniques; et ailleurs, de tels accidents se déclaraient sous l'influence de causes internes inconnues dans leur action. Parmi celles-ci il fallait compter des agents toxiques, tels que le mercure. On a remarqué que dans les fièvres graves (septicémies), parfois la parotide s'enflamme ou du moins se tuméfie, et devient douloureuse. On a rapporté encore à la parotidite les engorgements parfois aigus, plus souvent chroniques, qui, chez les enfants dont la circulation est languissante, se développent dans la parotide en même temps que des ganglions lymphatiques se tuméfient au cou. Ces derniers cas ne sont pas, à coup sûr, des phlegmasies simples, et doivent être souvent des parotidies en rapport avec la formation de productions phymiques.

8303. Il y a tout lieu de penser que des lésions du même genre se déclarent parfois dans les glandes sous-maxillaires et sublinguales. Il m'a semblé évident que dans la salivation mercurielle, les corps dont il s'agit étaient parfois durs et enflammés; j'ai cru voir des choses du même genre dans des affections chroniques. Les auteurs mentionnent à peine de semblables faits.

8304. Quant au pancréas, il a été un temps où la *physiologie spéculative* attribuait à cette glande des fonctions fort importantes; aussi les médecins s'occupaient beaucoup de ses maladies. Depuis qu'une marche plus sévère a été donnée à la science, on a vu que le pancréas fournit seulement de très-petites proportions de liquides, et que ses fonctions ne sont pas bien reconnues. Dès lors la pathologie de cet organe a été en quelque sorte oubliée, et la plupart des auteurs ne parlent point, dans les traités généraux, des maladies du pancréas.

Nécrorganographie.

8305. La tuméfaction, la douleur, sont les caractères principaux de phlegmasies sialadéniques et pancréatiques; il doit se joindre à l'augmentation de volume, soit une rougeur plus ou moins vive, soit du ramollissement, soit de l'induration; la rougeur doit se manifester surtout alors que le mal est aigu; la malaxie et la sclérosie se déclarent sans doute alors qu'il se prolonge. Ainsi que les autres organes glanduleux, les organes salivaires sont composés de granulations réunies par du tissu cellulaire, et présentent des capillaire

excréteurs qui se réunissent en branches et en tronc à la façon des rameaux d'un arbre. Or, il se peut faire que la phlegmasie occupe ou les granulations elles-mêmes (qui représentent chacune un follicule ou petite glande), ou le tissu cellulaire qui la réunit, ou enfin les conduits excréteurs, et particulièrement la surface interne de ces canaux. Ce que je dis ici, je l'ai constaté pour la glande parotide; car, dans quelques cas, j'ai trouvé des abcès qui infiltraient le tissu cellulaire inter-lobulaire, tandis que le parenchyme de la glande était sain; dans d'autres, j'ai vu des ulcérations siéger à l'orifice du conduit de Stenon, et celui-ci présenter des traces manifestes de phlegmasie. Le tissu glandulaire était alors lui-même malade. Ailleurs j'ai trouvé les granulations salivaires volumineuses et plus rouges qu'à l'ordinaire, et cela sans avoir constaté, il est vrai, l'état des conduits excréteurs. J'ai fait ces recherches principalement dans les entérites septicémiques; ce sujet mériterait qu'on se livrât à un travail plus étendu. Des considérations du même genre sont très-probablement applicables aux phlegmasies du pancréas.

Biorganographie.

8306. *L'inspection* de la face permet de découvrir, dans bien des cas de parotidite, une tuméfaction partielle. Cette tumeur correspond au siége qu'occupe la glande parotide enflammée. C'est au niveau de la branche de l'os maxillaire inférieur du côté malade, et non pas au-devant des arcades alvéolaires (ainsi que cela a lieu pour les ethmoïtes, résultat des caries dentaires) que l'augmentation de volume a lieu. Souvent l'engorgement se propage en arrière, vers le cou et vers l'oreille ; la peau offre parfois alors une couleur rosée; la tumeur est souvent mal circonscrite, parce que le tissu cellulaire périphérique de la parotide participe à la maladie; un faciès particulier, et en quelque sorte spécial, résulte des circonstances précédentes. Lorsque la glande sous-maxillaire est enflammée, l'engorgement a son siége au-dessous de l'os maxillaire.

8307. La tuméfaction phlegmasique du pancréas ne peut être appréciable par l'inspection; car cet organe a trop peu de dimension et est trop profondément placé, pour que l'augmentation de volume, toujours assez médiocre, qui suit l'inflammation des organes glanduleux, puisse faire faire au pancréas une saillie telle qu'on la distingue par l'inspection. Seulement, si des abcès considérables venaient à se déclarer, si des hétérotrophies venaient à se former consécuti-

ement à la pancréatite, les tumeurs qui en résulteraient pour-
aient, dans quelques cas, faire saillie à l'extérieur.

Ulcérations des orifices des conduits salivaires.

8308. L'inspection de l'orifice des conduits parotidiens (conduit e Stenon), ou sous-maxillaire (conduit de Warthon), y fait quelque-is trouver, dans les cas de parotidite, des ulcérations et même des seudo-méninges. Ces phénomènes sont fréquemment en rapport vec des stomatites; c'est ce que j'ai observé pour les sialadénies de ause hydrargyrique; c'est ce que j'ai vu encore dans quelques pa-otidites développées dans des cas d'entérite septicémique. Il est ès-utile, en pathogénie, de tenir compte d'un semblable fait.

8309. La palpation des glandes salivaires enflammées peut y aire découvrir de la dureté, à laquelle participent presque toujours s tissus d'alentour. Plus tard, on pourrait y trouver de la mol-esse, de la fluctuation, etc. Des considérations du même genre ont applicables à la pancréatite; mais si l'on voulait parvenir à se ormer une idée un peu nette de l'état anatomique dans lequel se ouverait le pancréas, il faudrait palper avec le même soin que pour econnaître l'état de l'aorte abdominale (Traité de diagnostic, n° 455). aisons remarquer ici que bien souvent on a pris pour des aortecta-es les battements qu'offrait la glande dont il s'agit, qui, placée au-evant de l'aorte, présentait à la main des pulsations très-fortes et ne dureté remarquable. On se prémunira contre une telle erreur en e rappelant des rapports anatomiques du pancréas, de sa situation, t de la forme de l'espace où les battements se font sentir.

8310. La plessimétrie pour les glandes salivaires malades, en-orgées ou enflammées, aurait seulement les applications qu'on en eut faire dans toute autre tumeur (1). Elle pourrait peut-être pré-enter quelque avantage alors qu'il s'agirait de déterminer si le pan-réas est plus volumineux qu'il ne doit l'être. Je n'ai pas fait, du reste, le recherches sur ce sujet; mais je ne doute pas que la percussion *ort attentive* du rachis en arrière, et que la plessimétrie très-pro-onde de la région épigastrique en avant, permettraient parfois de li-niter le pancréas, et de préciser sa forme et son étendue. (*Voyez* la lessimétrie de l'aorte; Traité de diagnostic, n° 446.)

Symptomatologie.

8311. La douleur dans les glandes salivaires enflammées est le plus

(1) Une matité absolue avec défaut complet de toute élasticité serait en rapport avec des abcès ou avec des collections de liquides dans ces glandes.

souvent assez faible; elle y devient vive seulement alors que la phlegmasie est très-intense. Cette douleur augmente par la pression et par la percussion. On la constate sur les points où l'anatomie apprend que les organes dont il s'agit sont placés. Elle s'exaspère par les mouvements des muscles voisins, et surtout, s'il s'agit des parotides, par les contractions des temporaux, des masseters et des ptérigoïdiens. La souffrance dont il s'agit met souvent obstacle à l'ouverture de la bouche; or, il faut bien se garder de confondre la difficulté de l'abaissement de la mâchoire résultant d'une telle cause, ou celle qui provient de la rigidité et de l'endurcissement des parties enflammées, avec les contractions tétaniques des muscles élévateurs de l'os maxillaire inférieur.

8312. Tout porte à croire que le pancréas enflammé serait douloureux et engorgé; mais un si grand nombre de parties (l'estomac, le duodénum, les reins, l'aorte, le ganglion semi-lunaire et le plexus solaire, les parois du diaphragme, les muscles des lombes, les vertèbres, etc.) sont situées à l'entour, au devant ou derrière le pancréas, qu'il est difficile de dire si cette glande est le siége réel de la douleur. Si jamais, au moyen de la plessimétrie, on pouvait parvenir à limiter la glande pancréatique, il serait alors possible de mieux déterminer le siége exact de la souffrance ressentie dans l'abdomen.

8313. La sécrétion de la salive doit éprouver sans doute, dans la sialadénite, de nombreuses modifications. Ce liquide, suivant les cas, peut être augmenté, diminué, supprimé. Des mucosités, du sérum plastique, du sang, du pus, des lithies salivaires, etc., doivent parfois y être mélangés; mais de tels faits, que je sache, n'ont pas été constatés, et c'est seulement par analogie qu'on est porté à les admettre. Une des principales raisons auxquelles il faut rapporter l'ignorance où l'on est à ce sujet, c'est que rarement les deux parotides et surtout toutes les glandes salivaires sont enflammées à la fois; or, la salive versée par les glandes saines doit être prise pour celle qui s'écoule des parties affectées. Si l'on voulait faire des recherches sur les liquides sécrétés par les parotides enflammées, il faudrait les recueillir au moment où ils sont excrétés par le conduit de Stenon, ou lorsqu'ils s'échappent par quelque fistule de ce canal. Dans deux cas où une parotidite avait succédé à une stomatite, j'ai pu faire sortir par la pression du conduit parotidien un liquide évidemment purulent.

8314. On ne possède aucun document sur les altérations que le

ide pancréatique pourrait éprouver, par suite de l'inflammation de glande qui lui donne naissance. On ne sait pas davantage si les odifications que ce fluide ou la salive éprouveraient dans les sialénites ou dans les pancréatites, pourraient porter quelque atteinte ux phénomènes subséquents de la digestion.

Marche.

8315. La marche des sialadénites varie, suivant qu'elles occupent primitivement tel ou tel tissu des glandes salivaires. Dans des s assez ordinaires, le mal succède à quelque accident observable ı côté de la bouche, à une stomatite, à une gengivite, à une glossite, des phlegmasies pseudoméningiques, à des ulcérations, à des enuits épais et fétides formés sur la membrane muqueuse buccale, etc. ai vu des abcès parotidiens suivis d'autres collections purulentes et de mort, suivre l'évulsion d'une dernière dent molaire supérieure. *semble souvent très-évident que le mal s'étend et se propage le long du nduit excréteur jusqu'à la glande.*

8316. Ailleurs, l'invasion a lieu plus lentement et d'une maère beaucoup plus obscure. Dès le début, la parotide est doulouuse, tandis que son canal excréteur est sain. Un état de souffrance nérale précède souvent, dans ce cas, l'affection locale des glandes livaires. Il paraît qu'ici le tissu sécréteur est d'abord altéré, et cela dépendamment de toute lésion des conduits d'excrétion. Quelqueis enfin on voit des abcès dus ou non à des engorgements, dits rofuleux, s'étendre au tissu cellulaire des glandes salivaires les-mêmes. De là : des suppurations abondantes, des ulcérations ans les conduits excréteurs ou dans les granulations chargées de sécrétion, et par suite, des fistules dont l'étude appartient à la hirurgie.

8317. Les phlegmasies du pancréas sont trop peu connues pour u'on puisse dire quelque chose de positif sur leur marche.

8318. La durée des sialadénites ne peut être longue; car, dans otre manière de considérer les faits, nous ne désignons pas sous ı désinence *ite*, les écoulements, les engorgements chroniques dont s glandes salivaires peuvent être le siége. Quelques jours, quelques emaines au plus constituent les périodes de temps pendant lesuelles peuvent durer les phlegmasies des glandes parotidiennes, ous-maxillaires ou sublinguales. Probablement, il en est ainsi des nflammations du pancréas. A ces phlegmasies et dans un laps de

temps variable, peuvent succéder des suppurations, des indurations, des hétérotrophies, etc.

Étiologie. Pathogénie.

8319. Les sialadénites se déclarent rarement sous l'influence de causes traumatiques. Quand cela a lieu, presque toujours il s'agit d'inflammation de leur tissu cellulaire, d'abcès, etc., plutôt que de lésions du tissu glanduleux. S'il arrive qu'une solution de continuité affecte les granulations sécrétantes ou les vaisseaux chargés de l'excrétion, alors la salive s'infiltre dans les parties voisines de la solution de continuité et y cause un abcès. Mais, dans ce cas encore ce n'est pas d'une maladie de *l'organe sécréteur* qu'il s'agit, mais d'un accident en rapport avec la présence d'un liquide dans des parties qui ne sont pas destinées nomalement à le recevoir.

8320. Plusieurs ordres de causes agissent pour produire les sialadénites.

8321. Les unes exercent d'abord leur influence sur la membrane muqueuse buccale, et, de proche en proche, sur le conduit excréteur et sur le tissu propre de la glande. De ce nombre sont : les phlegmasies, les elcosies de la bouche ou des gencives (quelles que soient d'ailleurs les circonstances mécaniques, physiques, chimiques ou toxémiques qui donnent lieu à ces affections). Dans de tels cas, la phlegmasie a particulièrement son siége dans les conduits d'excrétion ; elle y détermine fréquemment des sténosies. Parfois elle s'y développe consécutivement à des obstacles mécaniques qui s'opposent à la progression de la salive, comme il en arrive dans les cas de sialalithes (calculs salivaires), et comme cela peut encore avoir lieu lorsque des pseudoméninges, suite de phlegmasies blenplastiques, viennent à se déclarer dans les angiosiales (conduits d'excrétion de la salive).

8322. Les autres causes agissent sur les vaisseaux sanguins des glandes salivaires, et cela sans doute par suite du mélange avec le sang de principes toxiques ou de l'altération de ce fluide par des agents délétères. C'est peut-être à cet ordre de circonstances qu'il faut rapporter les sialadénites qui suivent l'intoxication mercurielle.

8323. Plusieurs autres états pathologiques des glandes salivaires peuvent être dus à des causes spéciales qui exercent une action directe et tout à fait inconnue dans son essence sur les organes sécréteurs dont il s'agit. De ce nombre est, par exemple, la rage qui porte sur la salive sa délétère influence, et qui lui imprime des caractères

›res à transmettre à ce fluide, chez d'autres individus, ses ter-
›s propriétés.

1324. Il est certain encore que, sous l'influence de causes mo-
›, la sécrétion salivaire peut être augmentée; et il faut bien ad-
›re que c'est une modification particulière dans l'innervation qui
›rmine de tels phénomènes. On serait tenté de conclure, d'après
›faits précédents, que certaines causes agissant sur le système
›eux sont aptes à produire des sialadénites. Mais ce n'est encore
›u'une hypothèse, car l'écoulement exagéré de la salive n'est pas
›inflammation des glandes qui la forment; et les causes capables
›roduire l'hypercrinie ne le sont pas toujours de déterminer la
›gmasie.

1325. Il est très-probable que des considérations du même genre
›ient applicables aux inflammations du pancréas; mais celles-ci
› trop peu connues pour qu'on puisse dire à ce sujet quelque
›se de positif.

Thérapeutique.

1326. Le traitement des sialadénites ainsi que celui des inflam-
›ions des autres organes glanduleux a pour base la connaissance
› états organiques qui ont produit le mal ou qui l'entretiennent.

1327. Avant toutes choses, il faut donc constater si l'orifice
› conduits excréteurs de la salive ou si ces canaux eux-mêmes
›t affectés. S'il en est ainsi, on devra d'abord remédier à de telles
›ons. Chez plusieurs malades atteints d'entérite septicémique, et
› présentaient aussi les symptômes de parotidite, il m'est ar-
› de voir cette phlegmasie se dissiper, lorsque j'eus touché avec
›otate d'argent des ulcérations de la membrane muqueuse situées
›niveau de l'ouverture du conduit du Stenon. J'ai obtenu de tels
›ltats, après avoir enlevé les enduits épais dont les dents qui cor-
›ondaient à ce conduit étaient recouvertes : à coup sûr et à plus
›e raison, la curation de la parotidite aurait-elle lieu, si l'on éva-
›it du pus et de la salive épaissie ou concrétée, accumulée dans
› conduits excréteurs des glandes salivaires. Remédier aux stoma-
›s qui peuvent causer les sialadénites, faire enlever les dents ca-
›s ou inégales, entretenant les ulcérations de la bouche auxquel-
› la parotidite pourrait être due, telles sont encore des règles thé-
›cutiques de la plus haute importance. On peut tirer un très-grand
›ti de quelques sialalogues actifs, de la pyrèthre, par exemple, pour
›menter l'écoulement de la salive, et cela surtout dans les cas où

l'on serait porté à admettre que des sténosies angiosialiques fussent les causes de l'inflammation glandulaire.

8328. Les parotidites dues à quelque trouble de circulation dans le tissu glanduleux, par suite d'altérations du sang (ainsi que cela paraît avoir lieu pour l'intoxication mercurielle), exigent l'emploi des boissons à hautes doses, celui de quelques purgatifs capables de produire des écoulements liquides par l'intestin, et des moyens propres à neutraliser les poisons producteurs du mal. Il est fâcheux que ces derniers agents ne soient pas connus, au moins pour la plupart des cas. Les acides propres à rendre solubles les molécules mercurielles introduites dans l'économie, seront ajoutés aux boissons aqueuses données à hautes doses. Cette médication a l'avantage d'entraîner au dehors les substances toxiques dont il s'agit. Chez quatre malades atteints d'une salivation abondante, développée à la suite d'un traitement mercuriel, il est arrivé qu'en quarante-huit heures les accidents du côté de la bouche et dès glandes salivaires se sont dissipés sous l'influence de la limonade nitrique ingérée à doses répétées, de bains prolongés et d'injections abondantes d'eau dans le rectum.

8329. On ne connaît malheureusement pas de médicaments spéciaux propres à détruire les miasmes ou les virus inconnus qui exercent sur les glandes salivaires une influence telle, que leur phlegmasie en soit la conséquence. Cette réflexion est applicable à l'état maladif aigu que les glandes salivaires présentent dans la rage et aux cas de parotidite observables dans la septicémie.

8330. Je ne pense pas qu'il y ait de vitaliste assez exagéré pour dire sérieusement que l'emploi des antispasmodiques ait quelque utilité dans le traitement des sialadénites.

8331. En analysant, comme nous venons de le faire, les éléments de la thérapeutique dans les inflammations des glandes salivaires, en tenant compte aussi de ce qui a rapport aux causes du mal, on arrive à trouver dans les sialadénites des indications analogues à celles que présentent les phlegmasies de tout autre organe. Ainsi, l'emploi mesuré des évacuations sanguines générales et locales, plus ou moins réitéré et proportionné, soit aux quantités et aux qualités du sang, soit à l'intensité de l'inflammation; ainsi, l'application des cataplasmes, des bains locaux, des réfrigérants pour l'état aigu; ainsi, la compression de la parotide et même des artères qui y portent le sang pour des cas plus chroniques; ainsi l'emploi, lors-

le mal résiste, des rubéfiants et des vésicants sur les téguments suposés aux parties malades, etc., sont indiqués contre les sialadénites la même façon que contre les autres phlegmasies. La mastication ırra parfois être utile par l'abondante évacuation de salive elle produit, et parce qu'elle enlève les enduits putrides dont ouche et la langue sont souvent couvertes; mais, dans bien des de parotidite, cette action est impossible, à cause des vives dou-rs dont elle est accompagnée. D'ailleurs, l'engorgement de la glande otide et des parties voisines empêche l'écartement des mâchoires par conséquent, l'ouverture de la bouche. Le régime ne différera nt ici de ce qu'il doit être dans les autres phlegmasies à l'état aigu. essera d'être sévère dès que les accidents auront pris une marche roissante.

332. Si les sialadénites sont suivies d'abcès (sialadénopyites), rs le traitement deviendra entièrement chirurgical.

333. Des considérations du même genre que celles qui viennent tre exposées, sont applicables aux phlegmasies du pancréas; mais ır celles-ci, l'obscurité dont le diagnostic est entouré rend très-icile l'application des principes que nous venons de poser.

CHAPITRE III.

HYPER ET ANOMOSIALORRHÉE

(écoulement abondant, sécrétion anomale de salive).

334. Nous avons traité, à l'occasion de la sialadénite, de pres- toutes les graves questions que comporte l'étude des affections font le sujet de ce chapitre. Nous nous bornerons ici à établir lques considérations générales pour ne pas laisser de lacune dans re sujet.

335. On observe, dans un grand nombre de cas, des écoule-nts de salive plus abondants que d'ordinaire. Il en arrive parfois si sous l'influence de causes plus ou moins excitantes, agissant la membrane muqueuse de la langue ou de la bouche. C'est ce i a lieu alors que de la pyrèthre est portée dans la cavité buccale, même lorsque des aliments sapides y pénètrent. Dans ces cas, il impossible de découvrir quelque trace de phlegmasie, soit dans glandes qui sécrètent la salive, soit dans la membrane muqueuse. s ulcérations, des inflammations de la bouche occasionnent aussi

une hypercrinie salivaire, sans que pour cela on trouve dans les parotides des phénomènes de phlogose.

8336. Il est des gens qui, dans l'état nomal, sont sujets à sécréter une quantité de salive considérable. C'est ce qui arrive particulièrement à certaines femmes parvenues à la période de la vie où les règles sont sur le point de cesser, ou alors que ces évacuations ne se manifestent plus.

8337. Il faut bien prendre garde *de confondre ici l'écoulement vraiment trop abondant de salive* dont nous parlons, *avec le flux extérieur de ce liquide*, qui, en apparence plus copieux que d'ordinaire, est le résultat de circonstances organiques dont, en général, on ne tient pas assez de compte. Dans les cas, par exemple, où les dents incisives inférieures viennent à manquer, la salive semble couler à flot, et cela, bien que la sécrétion ne soit en rien augmentée. Ce fluide s'échappe par l'intervalle que laisse l'absence de dents, et c'est là l'unique cause de l'écoulement extérieur. On peut en dire autant des pharyngites, des amygdalites, des pharyngitopyites, qui, gênant la déglutition de la salive, font qu'elle s'échappe au dehors d'une manière incessante.

Grande proportion de salive formée dans l'état de santé; erreur qu'il en peut résulter.

8338. Il faut bien rappeler à cette occasion que, dans l'état sain, la proportion de salive formée dans un temps donné, est très-considérable, et qu'elle paraîtrait énorme si, à notre insu, nous n'en avalions à chaque instant des quantités très-grandes. Si, par une cause quelconque, il arrive que la déglutition ne s'accomplisse pas, alors nous sommes portés à penser, et très à tort, que l'écoulement salivaire est augmenté de proportion. Il est infiniment utile de tenir compte de ce fait dans la pathogénie et dans le diagnostic de l'hypersialorrhée produite par une cause mercurielle ou autre.

8339. C'est, en effet, principalement sous l'influence de la toxémie hydrargyrique (action du mercure sur les liquides) que l'on voit se développer les écoulements anomaux et très-abondants de salive. Nous ne reviendrons pas sur ce qui a été dit précédemment à l'occasion d'une telle cause (nos 8322, 8323). Disons seulement qu'en général nous avons presque toujours constaté, dans de semblables cas et dans les premiers temps de l'hypersialorrhée, que la membrane muqueuse buccale ou gengivale était rouge, ulcérée et douloureuse.

Hypersialorrhée en rapport avec des gastropathies.

§339. Sous l'influence de certains états de l'estomac, la salive paraît encore être sécrétée en proportions beaucoup plus considérables qu'en santé. On observe ce fait : dans quelques gastropathies chroniques; dans la nausée qui précède le vomissement; dans ce vomissement lui-même, etc. Il a lieu encore lorsque l'on éprouve du dégoût pour tel ou tel aliment, ou lorsqu'on a le désir de prendre quelque nourriture agréable. On ne peut guère expliquer de tels phénomènes autrement que par une influence du système nerveux sur les glandes salivaires, et qui serait plus ou moins analogue à celle que ce système exerce sur les organes de la sécrétion lacrymale. Du reste, le caractère et le mécanisme de cette influence sont entièrement inconnus.

Effets de l'hypersialorrhée.

§340. Il est rare que les hypersialorrhées soient portées au point d'être suivies d'un dépérissement notable. C'est bien plutôt par suite des coïncidences qui ont lieu, ou des inflammations ou des ulcérations dont la membrane buccale est le siége, que les malades atteints de salivation éprouvent des accidents plus ou moins graves. Cependant les enduits épais qui se forment alors sur la langue, le goût fade qui en résulte, ôtent l'appétit, et, de plus, l'abondance du liquide salivaire qui parvient dans l'estomac gêne plus ou moins l'accomplissement de la digestion.

Asialorrhée.

§341. Dans quelques cas, assez rares d'ailleurs et fort peu étudiés, la salive coule en quantité beaucoup moins grande qu'à l'ordinaire. De là, sans doute, une sécheresse de la bouche ; mais, pour juger de cet état de sécheresse, ce n'est pas à la face supérieure de la langue qu'il faut l'étudier; car ici, comme nous l'avons vu, la dessiccation est principalement due au passage de l'air qui s'empare, lorsque la bouche est ouverte, de la plus grande partie de l'eau qui entre dans la composition des liquides déposés sur la langue. *C'est entre les arcades alvéolaires et les joues qu'il faut chercher à constater le défaut de sécrétion salivaire.* Une véritable asialorrhée paraissait avoir lieu dans l'anhydrémie, suite de l'entérorrhée cholérique. Peut-être l'observe-t-on aussi quelquefois dans l'entérite septicémique, alors que les pertes de liquides ont été très-abondantes. Dans des circonstances semblables, il ne pourrait guère se former d'enduits nouveaux sur la langue, car il est incontestable que la salive est la principale source

de ces enduits. Une gêne extrême de la déglutition des solides (car on sait que pour avaler, il faut qu'une suffisante quantité de salive soit formée), une difficulté très-marquée dans la prononciation, les plus grands troubles de digestion (fonction qui ne peut se faire sans que la salive aborde dans l'estomac), etc., tels sont les principaux symptômes dont l'asialocrinie serait accompagnée.

Anomosialocrinies.

8342. On ne sait en rien, ainsi que nous l'avons dit en parlant des sialadénites, comment la salive d'un animal atteint de la rage est modifiée, et comment elle communique à ce liquide chez un autre animal des modifications telles qu'il soit apte aussi à transmettre le même mal. Ce sont là de ces mystères dont les voiles ne sont en rien soulevés.

8343. A la suite d'un grand nombre d'altérations du sang, la salive doit éprouver dans sa composition des changements très-importants. De là, sans doute, des modifications dans diverses fonctions de l'organisme. Certes, un fluide aussi dissolvant et qui joue un si grand rôle dans la chymification, un fluide qui constitue peut-être la plus grande partie de ce *suc gastrique* auquel on attribue le pouvoir de dissoudre les calculs urinaires qu'on y fait macérer, ne sera pas altéré sans que les actions digestives le soient à leur tour. Mais ce sujet n'a pas été suffisamment travaillé. Il est encore très-probable que diverses apparences des enduits de la langue observées dans plusieurs états morbides peuvent en partie être les conséquences des qualités variées dont la salive est susceptible.

Thérapeutique.

Il faut remédier aux causes, aux coïncidences et aux effets de l'écoulement exagéré de salive.

8344. Avant tout, lorsqu'on veut s'opposer à un écoulement trop abondant *et bien constaté* de salive, il faut chercher à remédier aux états organopathologiques qui y donnent lieu, tels que : 1° les sialadénites ; 2° les excitations, les inflammations, les ulcérations, les lésions traumatiques de la membrane muqueuse buccale, et principalement des portions de cette membrane voisines des orifices angiosialiques ; 3° les altérations du sang ou des liquides susceptibles de donner lieu à l'hypersialocrinie.

8345. D'un autre côté, il faut combattre par des moyens appropriés les synorganopathies ou coïncidences. Enfin, il est d'une indispensable utilité de remédier aux effets possibles des sialorrhées, tels que l'anémie, les digestions laborieuses, etc.

Moyens opposés directement à l'hypersialocrinie.

8346. L'hypercrinie salivaire, considérée en elle-même, exige l'emploi de moyens de plusieurs ordres : 1° On peut songer à diminuer l'afflux du sang (source évidente de toute sécrétion) vers les glandes chargées de la formation de la salive, et l'on peut y parvenir : par une position de la tête, telle que celle-ci soit maintenue élevée par rapport aux autres parties du corps ; par la compression des carotides ; par l'application de la glace ou même de mélanges plus réfrigérants sur les parotides ou sur les autres glandes salivaires malades ; ce qui peut se faire, soit au dehors sur la peau, soit en dedans sur la membrane buccale. 2° On peut diminuer directement la quantité des liquides circulants, c'est-à-dire du sang. On évacue celui-ci par la phlébotomie ou par les saignées locales. On espère, en agissant ainsi, rendre moins abondante la proportion de salive formée. Mais, il faut l'avouer, une telle médication n'est guère consacrée par des succès cliniques. Les évacuations sanguines affaiblissent les malades atteints de sialorrhée hydrargyrique plutôt qu'elles ne modèrent le flux des liquides. 3° On peut chercher à déterminer, vers d'autres appareils organiques, certains écoulements de fluides blancs ou de sérum. Les quantités de sérosité contenues dans le sang diminuant, le flux de salive devient par cela même moins abondant. C'est probablement de cette façon qu'agissent les purgatifs si souvent administrés avec avantage dans la salivation mercurielle. Dans la même série d'idées, on peut employer les moyens que l'on croit être les plus propres à augmenter les exhalations urinaire et cutanée. C'est encore dans le même but, quand il n'existe pas de cause toxique capable d'entretenir le mal, qu'il est raisonnable de tenter l'abstinence des boissons (nos 6031, 8075).

8347. Quant à l'asialocrinie (défaut de sécrétion de salive), les moyens de la combattre seraient : 1° d'augmenter, au moyen de boissons abondantes, de bains, etc., la quantité de sérosité contenue dans le sang ; 2° d'exciter la membrane muqueuse de la bouche par la pyrèthre et par d'autres sialalogues (le poivre, le sel marin, le piment, etc.) ; 3° de détruire surtout les états organopathologiques qui, tels que l'anhydrémie, l'oblitération des conduits salivaires, pourraient s'opposer à l'écoulement de la salive, etc.

8348. Les anomosialorrhées sont trop peu connues sous le rapport de leurs causes et de leur pathogénie, pour qu'il soit possible d'indiquer contre elles un traitement convenable.

DEUXIÈME SECTION.

CHAPITRE Ier.

HÉPATHIES

(Maladies du foie).

ANGICHOLIPATHIES

(Maladies des conduits biliaires).

Notions historiques. Coup d'œil général sur les hépathies. Nomenclature.

8349. L'étude des maladies du foie ne le cède en rien, comme importance, à celle des affections des poumons et du tube digestif; aussi les médecins à toutes les époques s'en sont-ils occupés avec soin. Malheureusement, pendant trop longtemps, ce n'est point sur des notions positives d'anatomie, de physiologie, ce n'est point sur des faits cliniques suivis que l'on a fondé la pathologie hépatique. L'antiquité s'est, en général, davantage préoccupée des altérations de la bile que des lésions des organes chargés de sa sécrétion et de son excrétion. Arétée étudie avec une attention scrupuleuse les affections des voies biliaires, et les chapitres qui, dans son livre, petit comme étendue, grand comme valeur, traitent de ce sujet, sont des chefs-d'œuvre pour le temps où il écrivait (*de Morbis diuturnis*, *l.* 1, *cap.* XIII). Cœlius Aurelianus distingue avec le plus grand soin les symptômes propres aux maladies du foie de celles qui appartiennent aux souffrances de la rate (*de Morb. chron.*, *lib.* 3, *cap.* IV). Celse avait déjà donné des caractères assez positifs de quelques-unes des souffrances chroniques de l'organe hépatique (*de Re medic.*, *sect.* VIII). Alexandre de Tralles s'attache à déterminer les symptômes propres à distinguer entre eux les abcès de la face convexe du foie et ceux de la face concave (*lib.* VIII, *cap.* I). Fernel résume d'une manière fort remarquable les signes de l'hépatite et du squirre du foie (*Pathologia*, *lib.* VI, *cap.* IV), et l'on est vraiment surpris de le voir énumérer presque tous les symptômes (à l'exception de ceux fournis par la percussion) sur lesquels ont insisté les auteurs modernes qui, évidemment, se sont copiés les uns les autres. Dans plusieurs de ses admirables aphorismes, Boerhaave traite des maladies du foie avec son talent ordinaire; tantôt il attribue au peu de volume de l'artère hépatique et à la lenteur du cours du sang dans la veine porte, la rareté des phlegmasies jécorales (aph. 914); tantôt il parle avec soin des caractères du squirre (aph. 946); ailleurs même il indique les symp-

tômes des abcès hépatiques (aph. 934, 935, 936). Certes, nous éviterons de tracer une aride énumération des auteurs qui, à divers temps, se sont occupés des maladies du foie, et que l'on pourrait trouver dans le volumineux ouvrage de Bianchi et même dans le traité de Portal sur le même sujet, ouvrage plus vieux que ne l'était encore l'auteur qui l'écrivait. En Allemagne, les écrits de Bierwirth; en Angleterre, ceux de Bath, de Saunders, de Farre, Jonhson, Bell, etc., ont eu aussi pour objet les maladies du foie.

8350. En général, les études faites sur les hépathies peuvent se grouper, suivant l'ordre chronologique, en trois catégories principales. D'abord certains auteurs se sont principalement préoccupés de théories hypothétiques sur la bile et sur l'atrabile, et ont peu insisté sur l'histoire des lésions de l'organe hépatique. Telles ont été les idées qui le plus souvent ont dirigé Galien et les Arabes, puis Stoll et ses disciples. D'autres ont tracé, d'une manière vague, les symptômes et les signes des maladies du foie, sans chercher, par des investigations attentives d'anatomie et de physiologie, à en éclairer la nature. Enfin des écrivains plus modernes ont senti que, sans une étude approfondie de l'organisation, l'hépatologie ne pouvait être qu'une série de notions vagues et sans positivisme pratique. De ce nombre sont : Morgagni, qui a porté ici cet esprit de recherches qui l'a dirigé dans l'étude de la plupart des points de la science; Laënnec, qui s'est occupé avec tant de succès de la cyrrhose; Ferrein, Andral, Cruveilhier, Kiernann, Turpin, Dujardin et Verger, Lambron, qui ont fait des recherches de fine anatomie sur la structure du foie.

8351. Cependant le diagnostic des affections hépatiques restait dans l'enfance. Les grands travaux d'Avenbrugger, de Corvisart, de Laënnec, sur le cœur et les poumons, étaient presque restés sans application pour le foie. On se bornait, pour établir ce diagnostic, à la palpation que A. Petit avait si bien étudiée; on ne tenait presque aucun compte des phénomènes observables, pendant la vie, sur les variations fréquentes de volume et de forme dont le foie était susceptible; on ne savait pas quelles étaient les modifications imprimées par les saignées, les émétiques, les drastiques, à l'organe hépatique; on ne connaissait pas, dans l'ictère ou cholémie, le volume du foie ni la partie de cet organe où l'hypérémie était la plus fréquente. On ne pouvait pas apprécier l'état de la vésicule du fiel et des vaisseaux hépatiques. On ignorait quels étaient les rapports pathologiques existant entre les lésions des conduits biliaires et celles du foie; entre les hépathies et les cardiopathies; on les soupçonnait,

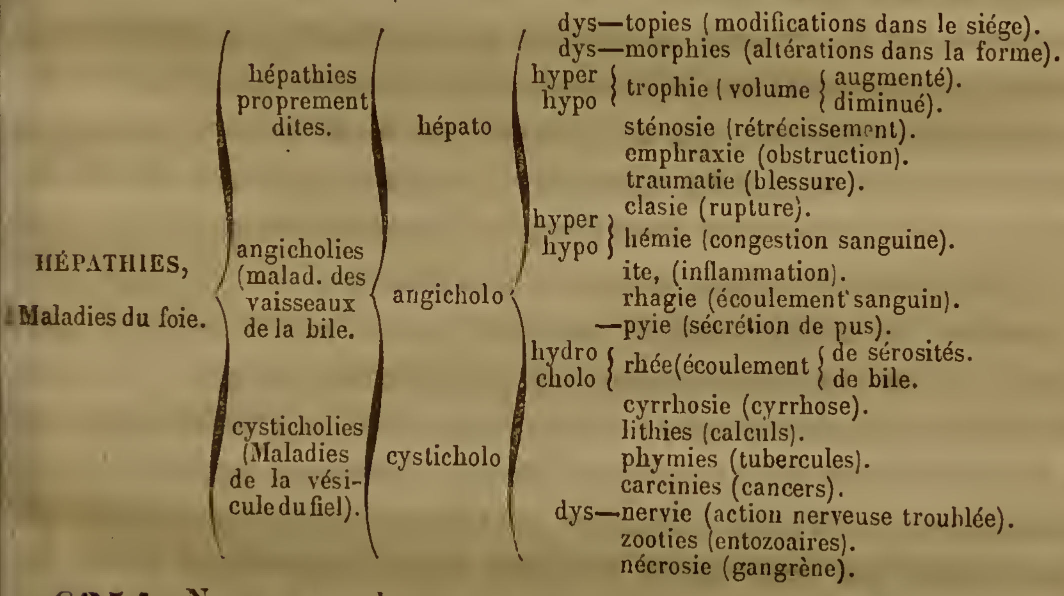
il est vrai, mais on ne pouvait les démontrer, et là où l'on ne peut arriver à la démonstration des faits, il n'y a pas de science. Ce furent ces lacunes que la plessimétrie fut appelée à combler.

8352. J'ai vu avec regret, en lisant le remarquable article *Foie* du *Compendium* (article qui, certes, m'a été plus d'une fois utile dans la rédaction du travail qui va suivre), que ses auteurs connaissaient à peine, en 1841, *les applications pratiques de la plessimétrie aux hépathies.* Si, à cette époque, des hommes aussi instruits n'étaient pas, à cet égard, au courant de la science, qu'arrivera-t-il pour ceux qui lisent peu ou qui lisent mal? Le temps où l'on parlait sans cesse d'exagération, quand il s'agissait des applications de la plessimétrie, est passé. Aujourd'hui que l'on se sert de cette voie d'investigation dans presque tous les hôpitaux de Paris; aujourd'hui que les Fouquier, les Rayer, les Andral, etc., ont reconnu par eux-mêmes la vérité des faits jadis les plus contestés ; aujourd'hui que de jeunes médecins d'élite, des internes des hôpitaux, tels que MM. Mailliot (1), Macarthy, Veyne, Dumoiseau, Fiaux, Bidault, etc., non-seulement ont constaté les propositions établies dans le Traité de la Percussion médiate, en 1827, mais encore les ont parfois dépassées, il faut bien admettre que l'étude attentive du foie au moyen de la percussion médiate est indispensable. *Sans la délimitation, soit de cet organe, soit de la vésicule à l'aide d'un dessin exact,* il est impossible, en effet, de se faire une idée juste des hépathies, et de résoudre les questions nombreuses en rapport avec la sécrétion ou l'excrétion de la bile. Cette vérité est tellement évidente que, dans un grand concours récent, ceux mêmes des compétiteurs qui ne donnaient point de détails sur la percussion du foie ou des voies biliaires (alors qu'il s'agissait de l'ictère ou cholémie), avouaient que cette percussion était de toute nécessité pour établir le diagnostic des affections de l'organe hépatique. C'est donc pour les médecins un devoir de conscience et d'humanité de se livrer ici à l'étude de la plessimétrie.

8353. *La nomenclature* des maladies, soit du foie, soit des voies biliaires, telle que l'usage l'a fait admettre, est véritablement absurde. On a réuni, par exemple, sous la dénomination d'hépatite toutes les lésions possibles depuis la congestion sanguine jusqu'au squirre et aux tubercules du foie; on a désigné sous le nom d'ictère la teinte jaune que causent les innombrables lésions qui peuvent gêner le cours de la bile; on a appelé colique hépatique (ce qui signifie douleurs du colon en rapport avec le foie) des souffrances aiguës que l'on a

(1) Traité pratique de percussion, par L. Mailliot. Chez J. B. Baillière.

considérées comme étant dues à la contraction de la vésicule du fiel ou du cholédoque déterminée par la présence des calculs, et le mot obstruction a été employé de la manière la plus vague pour désigner la plupart des lésions anatomiques dont le foie ou les conduits biliaires sont susceptibles. Quand on a voulu spécifier un très-grand nombre d'autres états morbides du foie, il a fallu se servir des périphrases les plus longues, telles que les suivantes : hémorrhagie, apoplexie du foie, congestion sanguine du foie, embarras de circulation dans le foie, obstruction des voies biliaires, dilatation de la vésicule du fiel ou des conduits hépatiques par la bile, etc. Ainsi, dans la nomenclature reçue, lorsqu'on emploie un mot pour désigner une affection hépatique, ce mot est mauvais comme étymologie, faux comme signification, insuffisant comme idée, dangereux comme induction pratique, et si l'on veut caractériser nettement une lésion jécorale, il faut employer des périphrases interminables et qui ne sont point compatibles avec un langage correct. Le tableau suivant comprend une nomenclature rationnelle et exacte des divers états organopathologiques dont le foie et les voies biliaires sont susceptibles :



8354. Nous nous donnerons garde d'entrer ici dans des généralités qui nous exposeraient à des répétitions. Lors de l'étude des monopathies nombreuses qui vont suivre, nous aurons l'occasion de noter les particularités anatomiques relatives aux rapports du foie qui peuvent éclairer l'histoire de diverses hépathies. (Voyez les articles consacrés aux dystopies, aux hypertrophies hépatiques, etc.)

Structure du foie.

8355. Avant d'étudier les altérations pathologiques que le foie peut éprouver, il est indispensable de dire quelque chose de la struc-

ture de cet organe; car la nature des lésions qu'il éprouve peut être éclairée par les travaux récemment publiés sur ce sujet, travaux qui ne sont pas exposés dans plusieurs traités classiques d'anatomie.

Granulations.

8356. Le foie, dont l'anatomie apprend la forme, la position normales, etc., est constitué par des granulations d'une couleur rouge brunâtre et d'une apparence identique. Ces granulations peuvent être, chacune en particulier, considérées comme un foie élémentaire; car on y trouve tous les tissus composant l'organe entier. On concevrait facilement leur existence isolée et séparée, comme il en arrive d'ailleurs sur plusieurs animaux. Appréciables par la simple vue, lors de la section du foie par tranches, ces granulations le deviennent bien plus encore, alors que l'on vient à déchirer le tissu hépatique. Leur volume, *qui varie suivant les divers individus, et peut-être aussi suivant le genre de mort* (par anémie, par anhématosie, par défaut d'innervation), est en général celui d'un grain de navet ou de millet. On les a vues au microscope entourées par un prolongement de la membrane propre du foie (à la rigueur, il est possible que l'on ait pris pour une extension de la capsule de Glisson un simple tissu cellulaire condensé). Les granulations hépatiques *sont vasculaires, spongieuses, très-analogues, en définitive, à du tissu érectile; car les faits pathologiques font voir que le foie, en totalité ou en partie, se tuméfie par suite des congestions et revient ensuite sur lui-même d'une manière prompte.*

Tissu central des granulations.

8357. En tenant compte des recherches microscopiques modernes et des injections pratiquées par plusieurs auteurs, le centre de chaque granulation serait constitué par un tissu aréolaire que l'on a cru non perméable, et dans lequel M. Lambron serait arrivé sur des animaux inférieurs à injecter par la veine-porte des liquides qui parvenaient de cette façon dans les veines hépatiques. Entre les espaces remplis de matière injectée, se trouvent, suivant le même auteur, des points blanchâtres, transparents, parfois jaunâtres, et qui ne seraient autre chose que de très-petites cavités remplies de bile et injectables par les conduits hépatiques. C'est sans doute là *le tissu jaune central* admis par Ferrein, par M. Andral, et, plus tard, par M. Becquerel; c'est là peut-être encore *le tissu cellulaire* de M. Turpin; *ces corpuscules ovales, composés de substance diaphane coagulées par la chaleur*, entremêlés, pour la plupart, de petits globules huileux, ainsi que les admettent MM. Dujardin et Verger.

Vaisseaux sanguins, conduits biliaires autour du tissu central.

8358. Autour de ce tissu central, se trouvent les vaisseaux san-
uins dont l'entrelacement et dont les divisions multipliées, réunies
ıns doute par du tissu cellulaire, forment la substance rouge de Fer-
ein, de Meckel, de MM. Andral, Bouillaud, etc. Les auteurs mo-
ernes ne sont point d'accord sur la position et les rapports existant
ıns les granulations entre les vaisseaux dont il s'agit. M. Kiernan
découvert l'existence d'une veine hépatique (intralobulaire); elle
rait afférente et naîtrait par quatre ou huit rameaux communiquant
ıtre eux, sous forme de plexus, du centre de la granulation. Les
ıisseaux de la veine-porte et ceux plus petits provenant de l'artère
épatique, sont, d'après la plupart des anatomistes (Cruveilhier, Kier-
an, etc.), situés en dehors des précédents, et constituent des con-
ıits afférents. Les plexus que forme ainsi la veine-porte se dirigent
ers les rameaux de la veine hépatique intralobulaire ou centrale, s'y
ouchent et présentent des rameaux transverses, circonscrivant des
paces ovoïdes où se rencontrent des plexus biliaires.

8359. L'origine des conduits biliaires paraîtrait être, suivant
. Lambron, dans de petites cellules remplies de bile, et constituant
points très-nombreux, transparents, blancs et légèrement jaunâtres
nt il a été précédemment parlé et qu'on parviendrait quelquefois
njecter par le conduit biliaire. Suivant M. Cruveilhier, le conduit
liaire excréteur naîtrait du centre de chaque granulation; d'après
M. Dujardin et Verger, au contraire, jamais un vaisseau biliaire
pénétrerait dans le lobule. Kiernan veut que ces conduits forment
tour des granulations un plexus particulier, ce que nie M. Lam-
on, qui regarde comme des lymphatiques ces prétendus plexus
iaires. Tout porte à croire que chez le fœtus les rameaux de la
ine ombilicale sont disposés d'une façon analogue à ceux de la
ine-porte de l'adulte. Les recherches d'organomicroscopie n'ont
s été dirigées dans ce sens.

Communications entre les vaisseaux du foie.

8360. La manière dont ces divers ordres de vaisseaux se
mportent est encore un objet de discussion pour les auteurs.
. Cruveilhier admet que tous ces canaux (excepté les lymphatiques)
mmuniquent entre eux, et, par exemple, que des injections pous-
es dans le conduit hépatique pénètrent dans les rameaux de la
ine-porte, dans ceux de la veine hépatique, et *vice versâ*. M. Lam-
on, au contraire, professe que des injections portées dans les con-

duits biliaires ne parviennent pas dans les vaisseaux sanguins, et que celles qui sont dirigées par l'artère hépatique pénètrent bien en grand nombre dans les parois des conduits de la bile, mais non dans la granulation elle-même. Quoi qu'il en soit, il paraît certain que les liquides injectés dans les vaisseaux sanguins et notamment dans la veine-porte, s'introduisent dans la granulation, et cela, soit dans des canaux, soit dans un tissu spongieux circonscrivant des cellulosités, des vascularités où sont contenus des liquides biliaires.

8361. On sait fort peu de chose sur la distribution des lymphatiques ou des nerfs dans les granulations hépatiques.

Disposition générale des gros vaisseaux du foie et des principaux canaux biliaires.

8562. Kiernan a étudié avec soin les plexus veineux afférents et efférents situés entre les lobules. Mais, quelle que soit leur disposition, tout le monde sait : que les ramuscules de la veine-porte naissent de rameaux qui proviennent de branches sorties elles-mêmes du tronc de cette grande veine qui rapporte le sang de la plupart des viscères abdominaux ; que les artérioles des lobules prennent leur source dans le tronc de l'artère hépatique contenant du sang lancé par le cœur. Personne non plus n'ignore que les radicules des veines hépatiques, se réunissant en rameaux puis en branche, vont se rendre, en suivant horizontalement la direction du grand diamètre du foie, dans la veine cave inférieure, et que les canaux biliaires se réunissent en rameaux et en branches pour former : 1° un tronc à gauche pour le petit lobe du foie ; 2° un tronc à droite pour le lobe droit ; 3° un conduit unique qui a reçu le nom d'hépatique auquel aussi vient se réunir à angle aigu (et ouvert en sens inverse du cours de la bile) : 4° le canal cystique communiquant à la vésicule du fiel ; 5° un conduit commun qui, sous le nom de cholédoque, vient s'ouvrir dans la seconde courbure du duodénum, après avoir, quelque temps, rampé entre les membranes musculeuse et muqueuse de cet intestin.

8363. Du reste, il ne faut pas oublier, *sous le rapport des applications pratiques : 1° que les gros vaisseaux biliaires et la veine-porte sont situés sur la face concave du foie ; 2° qu'ils peuvent éprouver des compressions de la part des hypertrophies ou des dilatations ayant leur siége dans les organes abdominaux, tandis que les veines hépatiques sont tenues béantes, par suite du défaut d'enveloppe fibreuse (capsule de Glisson) ; 3° que la veine cave protégée, en traversant le diaphragme, par un anneau aponévrotique, peut continuer à être le siége d'une circulation active, quels que soient les mouvements musculaires qui ont lieu.*

Indépendance qu'ont entre elles les granulations du foie.

364. Il faut encore noter que les granulations du foie sont sé-ées les unes des autres, juxta-posées en quelque sorte, et qu'elles communiquent pas plus entre elles que ne le font les aréoles pul-naires, ce qui fait que les maladies des unes peuvent ne se point pager aux autres, attachées qu'elles sont à l'organe par les vais-ux sanguins et biliaires. On les a comparées à des grains de raisin s par un pédoncule à une tige centrale. Leur analogie avec les ules pulmonaires est admise, sous le rapport anatomique et sous le portpathologique, par plusieurs auteurs, et l'on ne peut, en effet, isidérer la disposition des granulations du foie et de leurs élé-nts anatomiques, ainsi que leurs fonctions présumables en rapport c l'hématose (surtout chez le fœtus), sans se rappeler les vési-es aériennes, les éléments multiples des poumons, et les fonctions aboration sanguine qui s'y opèrent.

Liquide formé par le foie.

365. L'étude physiologique du fluide formé par le foie est non ns importante en pathologie que celle de la structure et des fonc-is de cet organe. Le cadre de cet ouvrage ne nous permet pas insister. Seulement il est indispensable de dire ici ce que l'on sait plus positif sur la composition de la bile.

366. Les recherches chimiques qui ont été faites sur la bile ont duit aux dissidences les plus grandes. On trouvera dans la Chimie M. Orfila (t. III, p. 433, 6e éd.) les résultats des travaux successifs repris sur ce sujet par d'anciens chimistes, puis par M. Thénard, 1807, par Berzelius, MM. Matteucci et Chevreuil. Gmelin a con-éré la bile de bœuf comme étant composée d'un très-grand nom-de principes. Il ne s'y trouverait rien moins que seize substan-, indépendamment encore de l'eau et de sels nombreux. M. De-çay jeune, dans un excellent mémoire sur la bile, a prouvé un grand nombre des principes que l'on avait rencontrés dans ce iide, avaient été les produits des réactions chimiques auxquelles analyse avait donné lieu. D'après lui, la bile serait, comme le saient les anciens, un véritable savon. L'eau, qui s'y trouve en ndes proportions (1000 parties sur 1100 d'après M. Thénard), draiten dissolution tous les autres corps qui seraient : du choléate soude, et une petite quantité d'oléate et de margarate de soude, mucus, de la cholestérine et une seule matière colorante. Les au-produits que les chimistes auraient rencontrés, tels que l'acide

choloïdique, la taurine, etc., seraient encore une fois les produits des analyses elles-mêmes. Du reste, presque tous ces travaux ont été faits sur la bile de bœuf, à cause de la petite quantité de ce fluide existant chez l'homme, à cause aussi de l'altération qu'elle peut éprouver sur le cadavre. M. Becquerel fils a bien voulu me communiquer sur ce sujet quelques recherches qui lui sont propres. Il a vu que la bile contenait les principes qui, aux yeux de M. Demarçay, constituent un savon. Elle n'aurait qu'une seule matière colorante qui, bien que beaucoup plus concentrée, serait d'une nature tout à fait analogue à celle qui, dans l'état nomal, donne la teinte propre au sérum du sang. On y trouverait aussi beaucoup de cholestérine, du mucus, de la soude libre, et des sels analogues à ceux du sang humain. Ainsi on rencontrerait dans celui-ci tous les éléments de la bile. M. Becquerel n'a point trouvé dans celle de l'homme d'albumine ni l'acide choléique que M. Demarçay a découvert dans ce fluide chez le bœuf.

8367. Quelles que soient les fonctions de la bile, qu'on y voie seulement un liquide destiné à déterminer la chylification et à solliciter les contractions angibrômiques; qu'elle ait ou non pour usage de débarrasser le sang de corps gras et hydrogénés qu'il contiendrait en trop, toujours est-il que les recherches anatomiques et chimiques précédentes ne nous ont encore appris rien de très-positif sur le mécanisme de la sécrétion et de l'excrétion de la bile. Toutefois, on en sait assez pour se rendre compte de plus d'un fait pathologique, ainsi que nous l'établirons dans le courant des articles qui vont suivre.

CHAPITRE II.

ANOMOTOPIES, DYSTOPIES HÉPATIQUES OU DYSHÉPATOPIES

(Modifications dans la place qu'occupe le foie).

8368. Les variations de position dont le foie est susceptible n'ont pas été étudiées pathologiquement avec assez de soin. On n'attachait pas, en effet, assez d'importance aux faits anatomiques dans leurs rapports avec la médecine pratique, et l'on ne pouvait point déterminer, pendant la vie, au moins pour la très-grande majorité des cas, la place et l'étendue, d'ailleurs très-variables, que la glande biliaire peut occuper. Cependant un tel sujet valait bien la peine d'être connu. Rien, en effet, n'est plus important pour l'appréciation d'une foule de phénomènes morbides que la détermination exacte du siége

e l'étendue de l'organe hépatique. Déjà nous avons parlé du re-
ement du diaphragme et du cœur, par suite de la dilatation de
avité gastrentérique d'où résulte une sorte d'ascension du foie
7497, 7517). Nous établirons seulement ici les généralités rela-
aux moyens de constater le siége de la glande biliaire, et cela,
qu'elle s'élève, soit qu'elle s'abaisse. Ces mêmes moyens servent
i à apprécier la forme du foie, et nous verrons bientôt que, sur
nalades, il est utile de spécifier et de circonscrire celle-ci.

Nécrorganographie.

369. La place qu'occupe le foie dans l'abdomen, telle qu'on
la constater par la nécroscopie, est susceptible de très-grandes
ations. Pour bien s'assurer de ce qu'elle est réellement, il faut,
e cadavre, *lier la trachée et ouvrir ensuite le thorax avant l'abdo-*
Faute de cette précaution, et s'il n'existait que peu d'écume
les voies de l'air, le poumon s'affaisserait par suite de la tho-
tomie, et le foie soulèverait davantage le diaphragme qu'avant
ouverture. Or, on trouve, en se conformant à cette règle, que,
les sujets dont les intestins ou les autres viscères abdominaux
développés anomalement par une cause quelconque (n° 7492),
rface convexe du foie, recouverte par une couche de poumon
va en s'amincissant de haut en bas, s'élève quelquefois jusqu'à
uteur même de la quatrième côte. Ceci a surtout lieu alors que
uscles abdominaux sont robustes en même temps que le ventre
ros (n° 7517).

70. Il arrive, dans d'autres circonstances, que le foie se trouve,
le la nécroscopie, de beaucoup abaissé vers l'abdomen, et alors
asse le rebord costal, et diminue d'autant l'espace nomalement
é par les viscères. Je l'ai vu descendre ainsi à un tel point que,
rvant son volume ordinaire, il dépassait de six, huit, dix ou
centimètres le rebord costal. Ceci avait particulièrement lieu :
and le thorax était très-étroit et peu développé de haut en bas,
que le ventre avait un certain volume ; alors la poitrine suf-
à peine à loger les poumons ; 2° quand un épanchement pleu-
e à droite refoulait le foie dont le degré d'abaissement donnait
elque sorte la mesure des proportions de sérosité accumulée
les plèvres ; 3° quand une aéropneumonectasie considérable,
de bronchosténosies, faisait que les poumons offraient un très-
l volume ; 4° dans certaines cardiopathies où l'hypertrophie et

l'ectasie étaient portées très-loin; 5° dans des hydropéricardies énormes, etc.

8371. On trouve encore, dans quelques cas, l'élévation ou l'abaissement du foie ayant lieu plutôt d'un côté que de l'autre; par exemple ses extrémités droite ou gauche se trouvent abaissées ou soulevées. C'est ce qu'on observe alors qu'il existe par en haut ou par en bas quelque circonstance organique, quelque développement anormal qui, agissant d'un seul côté, portent l'organe dans une direction correspondante.

8672. Ailleurs encore, et ceci est fort utile à noter relativement au diagnostic anatomique, le foie éprouve en quelque sorte un mouvement de bascule : tantôt c'est l'estomac ou le colon qui, distendus, relèvent le bord antérieur de la glande biliaire et sont cause qu'elle s'abaisse en arrière et qu'elle correspond en avant à une surface plus ou moins bornée des parois costales; d'autres fois, au contraire, comme cela a lieu par suite du développement de certaines tumeurs ou de kystes hydatifères, la partie postérieure du foie est soulevée et la région antérieure abaissée correspond aux parois thoraciques dans une très-vaste étendue.

8373. D'autres changements dans le siége du foie sont les conséquences de modifications dans sa forme. Nous y reviendrons bientôt. Enfin le foie peut être transposé et nous avons assez insisté sur des faits de ce genre, lors de l'histoire des métacardiotopies (n° 1557) pour pouvoir nous dispenser d'y revenir ici.

Biorganographie.

8374. L'inspection permet de constater l'abaissement du foie alors que, débordant les côtes, il forme ainsi un rebord saillant qui apparaît, alors que les muscles abdominaux sont peu robustes et que l'angibrôme vide a peu de volume. Quand le ventre est très-bombé par suite du développement considérable du tube digestif, alors dans le plus grand nombre des cas, on peut être conduit à penser que le foie s'élève davantage vers le thorax que cela n'a lieu d'ordinaire.

8375. La palpation présente aussi quelque utilité pour juger de l'abaissement du foie, car elle permet d'apprécier la saillie du bord hépatique au-dessous des côtes; mais elle ne donne point la mesure de la hauteur à laquelle s'élève vers le thorax la face supérieure de l'organe hépatique. De là l'impossibilité d'apprécier nettement par le toucher, quelque bien pratiqué qu'on le suppose (voy.

Traité de Diagnostic, n° 1793), la hauteur à laquelle le foie est ...cé.

...ssimétrie; son procédé opératoire pour l'examen du foie : lignes plessimétriques.

...**5376.** *La plessimétrie* donne les moyens de constater le siége ...occupe le foie. Pour y parvenir, il faut non-seulement bien con...tre les règles de la percussion et suivre, en la pratiquant, les li...es indispensables pour le faire convenablement, mais on doit des...er exactement toute la circonscription de l'organe (1). Rappelons ...lement les propositions suivantes.

...**5377.** Pour bien percuter le foie, il faut diriger successivement ...lessimètre dans le trajet au moins des lignes suivantes (2) : 1° une ...ne qui, partant du milieu de la clavicule droite, s'étend perpen...ulairement jusqu'au rebord pelvien ; 2° une ligne qui, suivant le ...ieu du corps, part du centre de l'espace interclaviculaire et des...d au pubis; 3° une ligne qui, du centre de l'aisselle, arrive di...tement à la région latérale de la crête iliaque droite; 4° une qua...me ligne qui, partant de l'angle inférieur de l'omoplate, aboutit ...bassin.

...**5378.** Dans la direction de ces quatre lignes, on percute d'abord ...haut : *avec force* et *profondément* pour reconnaître le point où le ..., recouvert par une lame épaisse de poumon, commence à se trou...; puis très-légèrement et superficiellement pour juger du lieu où ... lame de poumon devenue déjà très-mince abandonne tout à fait ...gane hépatique; puis on frappe plus fort et plus profondément ...r distinguer le lieu où le tube digestif plein de gaz commence à ...encontrer au-dessous du foie. Enfin, tout à fait en bas, on per...e de nouveau très-superficiellement, et cela, à l'effet de bien dé...miner le point où une lame très-mince de l'organe hépatique ...te entre les parois et les viscères.

...nes de circonscription des organes. Crayons dermographiques de M. Pyrlas.

ORGANOTYPIE.

...**5379.** On note avec des traces d'encre ou de nitrate d'argent, ou ...ux encore avec le crayon dermographique de M. Pyrlas (3), les

(1) Voyez le Traité de la Percussion, page 206; le Procédé opératoire, n° 254; ...aité de Diagnostic, n° 1805; le Manuel de Percussion de M. Mailliot.

(2) Dans mon cours de cette année j'ai cru devoir encore augmenter le nombre ...s lignes.

(3) Voici la formule de ce crayon qui laisse sur la peau une marque as-

points où les sons variés en rapport avec la présence ou l'absence du foie, commencent ou cessent de se trouver; puis on recherche avec la plus grande attention les espaces intermédiaires aux lignes

sez solide, bien que les sueurs du malades l'effacent encore en grande partie:

Pr. : Stearine........................... 4
Colophane......................... 5
Cire blanche....................... 2
Axonge............................ 1/4
Noir de fumée...................... 1/2

Faites fondre, agitez et malaxez avec une spatule, en y ajoutant peu à peu le noir de fumée, jusqu'à consistance un peu de molle; ensuite versez dans des moules pour former des crayons, et laissez refroidir.

Tout récemment j'ai fait une application importante, suivant moi, du crayon dermographique de M. Pyrlas. Je soignais en ville une petite fille de dix-huit mois atteinte d'une hypertrophie rachidienne partielle, probablement de nature phymique. Je désirais avoir le dessi n exact du volume et de la configuration de la tumeur, et cela, à l'effet de mieux apprécier les changements qui pourraient ultérieurement survenir sous l'influence du traitement, dans la partie malade. Or, me servant de la plessimétrie pour limiter exactement les points où la matité ostéique cessait d'avoir lieu, je traçai une marque noire autour de la tumeur, à l'aide du crayon dermographique. Désirant conserver cette figure, il me vint l'idée toute simple d'appliquer à sa surface une feuille de papier blanc, et d'exercer des frictions sur ce papier. De cette façon, le crayon qui avait laissé des traces sur la peau, produisit aussi une empreinte noire sur le papier. Celle-ci représenta nettement la figure de la tumeur que je désirais conserver. L'image reproduite avait ici l'inconvénient d'être renversée, de sorte qu'il fallait regarder, à contre-jour, à travers le papier pour se former une très-juste idée de la forme et des rapports de l'objet dessiné. Il me fut facile de remédier à cet inconvénient, d'abord en noircissant de nouveau avec le crayon dermographique la figure obtenue, en appliquant ensuite une nouvelle feuille de papier sur la première, et en y prenant enfin une nouvelle empreinte; j'eus un dessin exactement semblable à celui que j'avais obtenu sur la peau. Il devenait dès lors facile d'avoir autant d'exemplaires que je voulais du dessin dont il s'agit.

Je répétai le lendemain ces expériences sur un cas d'hypersplénotrophie dans lequel la rate explorée sur un jeune homme de dix-sept ans, qui paraissait en avoir à peine treize (tant il était faible), avait de haut en bas une dimension de plus de trente centimètres, et dépassait de beaucoup le rebord costal. On traça nettement la circonférence du viscère avec le crayon dermographique, alors le doigt de sept ou huit élèves fut placé à l'entour des mesures tracées par la plessimétrie et par la palpation ; on donna vingt grammes de sulfate de quinine en une seule fois, *et, dès la trentième seconde, les personnes qui touchaient la rate la sentirent se retirer, fuir en quelque sorte sous leur doigt, de sorte qu'à la cinquième minute, il y avait près de trois centimètres de diminution dans l'organe splénique.* On traça une figure nouvelle avec le même crayon. Pour conserver le

précédentes au niveau desquels le foie correspond; on les indique encore avec des lignes noires; de cette sorte, l'ensemble de ces traces donne un dessin très-exact de la hauteur à laquelle l'organe hépatique est placé.

8380. Une cinquième ligne horizontale, suivant le grand dia-

deux images de la rate obtenues l'une avant l'autre après la diminution, on se servit du procédé précédent, et les dessins furent parfaitement conformes à ceux qui avaient été tracés sur le corps même du malade.

Certes, pour la rate et pour juger des phases de sa diminution, cette organographie est utile, mais elle peut avoir d'innombrables applications dans d'autres cas.

1° Pour la plessimétrie du cœur, du foie, des reins, de l'utérus, des épanchements pleurétiques, etc., elle aura des avantages extrêmes. Elle permettra, par la conservation de l'image primitivement obtenue, de juger d'une manière précise des changements survenus dans le volume, dans la forme ou la contenance des organes, et cela à plusieurs jours, à plusieurs mois de distance. De là, des moyens de juger des progrès du mal, de l'action des médicaments, etc.

2° Pour l'inspection et la palpation, elle fournira les moyens de conserver un dessin exact de la circonscription de phlegmasies diverses, de dermopathies, d'ulcérations, de tumeurs, etc., de sorte qu'il est peu d'affections chirurgicales où cette organographie ne soit utile.

3° Pour l'orthopédie, elle servira, comme cela a déjà eu lieu pour plusieurs malades que j'ai vus récemment, à recueillir le dessin plessimétrique exact de la colonne vertébrale. Ce dessin servira de terme de comparaison pour apprécier les changements, en bien comme en mal, qui, plus tard, pourront survenir dans la direction de l'épine.

4° Dans une foule de cas, ce moyen pourra servir à conserver un dessin grossier, sans doute, mais exact, des faits d'anatomie en rapport avec les organes sains et malades qu'on jugerait utile de conserver.

5° Enfin le chirurgien, dans la délimitation des tumeurs de diverses sortes, à marche incessante et rétrograde, et dans beaucoup d'autres cas, pourrait tirer le plus grand parti de la dermographie reproduite sur le papier.

6° Des médecins qui ne sauront pas dessiner pourront conserver l'image d'affections dont la configuration aura pu être tracée par l'inspection, la palpation ou la percussion. Rien ne leur sera plus facile que d'envoyer à des consultants éloignés la figure de lésions reproduites par ce procédé, qui, perfectionné, pourrait être utilisé dans certaines publications scientifiques.

Il résulte de tout ceci que le fait si vulgaire, si simple, de la reproduction du dessin linéaire des organes sur la peau, au moyen de l'impression des traces du rayon dermographique sur le papier, est un fait fécond en applications utiles et pratiques; tant il est vrai, encore une fois, qu'en médecine, rien ne doit être négligé, et que les choses les plus simples, fécondées par l'observation clinique, sont souvent d'une grande utilité, alors qu'elles sont convenablement appliquées.

Je propose d donner à ce procédé le nom d'ORGANOTYPIE.

mètre du foie et dirigée de droite à gauche, sert à conduire le plessimètre jusqu'à l'extrémité gauche de cet organe, et l'on indique aussi avec des lignes noires les points où chacun des points de son extrémité droite cesse de correspondre.

8381. C'est de cette façon *et exclusivement de cette façon* qu'il faut s'y prendre pour déterminer par la plessimétrie le siége, l'étendue, le volume et la forme du foie. Pour arriver à une certitude indispensable dans de semblables cas, il faut, à plusieurs reprises, percuter les mêmes points et avoir nettement constaté les altérations de sonorité et de matité qui ont été notées une première fois, car ici le diagnostic est souvent fondé sur des nuances de son légères, pour l'appréciation desquelles on a besoin de toute son attention et d'une véritable habileté.

8382. On trouve du reste, dans le foie, par la plessimétrie, des variations de siége tout à fait semblables à celles que l'on observe lors de la nécroscopie (n° 8369). L'exactitude est ici tellement grande que les faits de variation dans la position de l'organe hépatique, constatés du vivant du malade, à l'aide de la percussion médiate, sont consacrés, lors de l'ouverture cadavérique, dans leur moindres détails alors qu'une terminaison funeste a lieu.

Stéthoscopie.

8383. *L'auscultation* ne donne ici que des documents fort secondaires, attendu qu'une lame de poumon parfois assez épaisse, existe entre le foie et les côtes (le diaphragme étant interposé). Souvent cette lame s'élève jusqu'à une hauteur de trois pouces entre l'organe hépatique et les parois. De là vient que *l'on peut entendre la respiration* au-dessus du rebord costal, bien plus bas que le lieu où le foie commence à correspondre.

Symptomatologie.

8384. Les symptômes qui résultent du refoulement du foie par en haut ont été indiqués dans d'autres parties de cet ouvrage (n°s 1526, 7497, 7517); ceux qui sont les conséquences de l'abaissement du même organe, consistent : 1° en des tiraillements pénibles dans le côté droit, augmentant lors de la station; 2° en une expiration plus ou moins gênée, d'où peut résulter une disposition à l'angiairaphrosie, à l'aéropneumonectasie (n° 6657), et à d'autres affections des poumons et du cœur. Les digestions, dans une telle disposition organique, seront plus ou moins gênées; l'estomac se distendra avec peine, et ne conservera les aliments que peu de temps; il doit

en être ainsi des intestins. Le besoin d'uriner suivra promptement l'abord du liquide dans la vessie; les ectopies angibrômiques, les prolapsus utérins, pourront être favorisés par l'abaissement du foie (1).

(1) J'ai eu l'occasion d'observer, en 1843, un fait jusqu'alors unique pour moi dans la science. Un homme de vingt-quatre ans avait l'apparence, pour la taille et *non pour le faciès*, d'un rachitique très-déformé. A peine avait-il un mètre trente centimètres de haut. Il vint me consulter, se plaignant d'éprouver les accidents gastrentériques dont il va bientôt être fait mention. Or, le thorax était très-développé dans tous les sens, le cœur et le foie avaient leur volume nomal. Ce dernier organe dépassait peu le rebord costal, mais la place qu'il occupait était évidemment prise sur celle où les organes abdominaux auraient dû être logés. Les membres inférieurs étaient assez élevés et le bassin n'avait que des dimensions ordinaires. Tout au contraire, la cavité abdominale se trouvait réduite aux plus faibles proportions, et à ce point que l'on concevait difficilement où pouvaient se placer l'estomac et les intestins. Par la plessimétrie, on ne rencontrait pas ces organes en arrière, tant le foie, la rate et les reins étaient rapprochés. En avant, le rebord costal n'était pas à plus de dix à douze centimètres du pubis. C'était là, dans un emplacement aussi petit, c'était aussi dans un bassin qui n'était pas très-spacieux, que la percussion faisait trouver le tube digestif, qui, du reste, était peu sonore : bien plus, les parois abdominales, dont les muscles étaient contractés habituellement pour maintenir la station, semblaient être déprimées vers la colonne vertébrale. Tout ceci était la conséquence d'une rachisophymie suivie d'hypertrophie (mal de Pott) qui s'était développée dans la première enfance au niveau des dernières vertèbres lombaires. Cette affection occasionna l'inflexion de la colonne rachidienne et la diminution de la cavité abdominale. Or, les accidents qu'éprouvait le malade étaient les conséquences de ces dispositions organiques. M. X....... ne pouvait prendre beaucoup d'aliments à la fois. Peu de temps après avoir mangé, il les rendait par les selles. Les gaz qui se développaient à la suite de la digestion causaient les plus grandes douleurs et un sentiment de distension très-pénible. Le malade était très-soulagé, tout aussitôt qu'il les avait évacués, etc. Mes conseils furent en rapport avec ce qui précède. Je prescris : 1° une nourriture succulente et réparatrice qui, sous un petit volume, put suffire à la réparation des pertes journalières et aux besoins de l'économie; 2° l'abstinence des fécules et des boissons fermentescibles ou contenant des gaz; 3° des purgatifs pour faire que les fèces ne séjournassent pas et ne dégageassent point de fluides élastiques; 4° des mouvements d'inspiration forcée pour dilater les parois abdominales; 5° des cataplasmes, des bains, des applications locales humides à l'effet de ramollir les parois abdominales et de rendre leur distension plus facile; 6° d'éviter toute compression du ventre par des vêtements, et cela, pour qu'aucune cause mécanique extérieure ne vînt contribuer à rétrécir la capacité de la cavité abdominale. Je viens d'apprendre (juin 1844) que ce traitement a été suivi d'un retour complet à la santé.

Diagnostic. Étiologie. Thérapeutique.

8385. Les moyens de reconnaître l'élévation et l'abaissement anomaux du foie, la théorie des causes et des effets de ces dispositions organiques, sont fondés sur les considérations précédentes. Elles reposent aussi sur l'histoire des dystopies qui résultent de l'augmentation de volume dont les organes thoraciques d'une part, et dont les viscères abdominaux de l'autre, sont accidentellement le siége (nos 1526, 7517).

8386. Le traitement des dyshépatopies se trouve aussi exposé, soit à la suite des paragraphes qui viennent d'être cités, soit dans la note relative au malade dont il vient d'être fait mention (note du n° 8384).

CHAPITRE III.

DYSMORPHIES OU ANOMOMORPHIES HÉPATIQUES

(formes anomales du foie).

8387. C'est principalement sous le rapport du diagnostic des affections dans lesquelles la forme du foie est modifiée qu'il est utile de parler des dysmorphies hépatiques.

Forme nomale du foie.

8388. Le foie, dans l'état nomal, examiné en place et sur un cadavre où il a conservé ses rapports, présente en avant la forme d'un cône à sommet tronqué, arrondi, dirigé à gauche, tandis que la base correspond latéralement aux cinq dernières côtes droites. Un bord supérieur uni, sans saillies, légèrement convexe, suivant la concavité que le diaphragme présente, limite par en haut l'organe hépatique. Comme la face supérieure du foie est convexe, il en résulte qu'en bas elle touche aux parois costales, tandis que plus haut elle s'en éloigne de telle sorte qu'au niveau de sa partie la plus proéminente, elle est séparée de la paroi thoracique par une épaisseur de plusieurs centimètres ou même de plusieurs pouces. Dans cet espace se trouve une portion de poumon qui, s'accommodant à la forme du foie, s'amincissant à mesure qu'elle est plus inférieurement placée, finit tout à fait en bas par une lame fort mince. Le bord inférieur de l'organe hépatique présente à quelques pouces à droite de la ligne médiane ou sterno-pubienne, de légères courbures, et offre un léger enfoncement de forme anguleuse dont la base est en bas et le sommet en haut ; c'est là que se trouve ce large repli du péritoine

qui contient chez le fœtus les vaisseaux ombilicaux; plus en dehors, est une dépression variable en profondeur, concave, arrondie, parfois à peine marquée et qui correspond au fond de la vésicule du fiel. Ce réservoir de forme arrondie présente, au delà du bord hépatique, une saillie circulaire qui varie de quelques centimètres à quelques pouces de diamètre, en raison du degré de sa distension par la bile. Au-dessous et derrière le bord inférieur du foie se trouvent dans des positions assez variables : l'estomac à gauche, le colon au-dessous et le duodénum à droite. Ces viscères, qui peuvent contenir des gaz, des liquides et quelquefois des solides, recouvrent le pancréas et l'aorte sur la ligne médiane, et le rein profondément à droite. L'extrémité droite du foie s'étendant ordinairement plus loin que la ligne médiane, touche fréquemment à la rate.

8389. La base du cône représenté par le foie se trouve à droite et en arrière. Par en haut, elle est arrondie et recouverte par le poumon droit; plus inférieurement, elle est en rapport avec le rein du même côté (1).

8390. L'anatomie indique les formes des faces du foie. La supérieure lisse et polie dépasse parfois le rebord costal. Nous ne pourrions décrire la configuration de la face inférieure, sans répéter ce que l'on trouve dans les ouvrages consacrés à l'étude de la splanchnologie. Nous avons insisté sur les faits précédents, seulement parce qu'ils sont, pendant la vie, accessibles à l'investigation du médecin. Malheureusement il n'en est pas ainsi de la face inférieure de l'organe hépatique. La face supérieure est lisse, polie et convexe, et dépasse parfois en partie le rebord costal droit et l'appendice sternal.

8391. Un grand nombre d'états pathologiques modifient les formes précédentes. Tantôt des congestions, des phlegmasies partielles, augmentent une partie du foie, tandis que les autres points de cet organe restant les mêmes, il en résulte un changement dans la configuration totale de l'organe hépatique. Ailleurs, la vésicule du fiel étant distendue par de la bile, ou vide de tout liquide, fait varier par cela même la forme du rebord hépatique. Des abcès, des sarcinies, des hydatidies, donnent lieu à des tumeurs qui font saillir

(1) C'est précisément cette forme du foie en arrière et près du rachis qui laisse au-dessus du diaphragme un espace où se loge le poumon. Cet espace, large en haut, disposé en pointe inférieurement, est le lieu où l'on trouve, par la plessimétrie et dans le début de la pleurite, de faibles quantités de liquides.

tels ou tels points du rebord ou de la face supérieure du foie devenus plus ou moins bosselés et rugueux. Dans une affection que nous étudierons bientôt (la cyrrhose), les surfaces de la glande biliaire sont parfois lobulées et inégales, etc.

Biorganographie.

8392. *La palpation* permet, dans quelques cas, de déterminer, pendant la vie, la forme du bord inférieur du foie. En plaçant le malade, comme il a été dit ailleurs (n° 7503), en appliquant la pulpe des quatre doigts au-dessous du rebord des côtes, il est parfois possible de sentir, alors que les muscles abdominaux ne se contractent pas, le limbe jécoral, d'apprécier son degré de mincité ou d'épaisseur, d'égalité ou de saillie, comme aussi de connaître la dimension approximative de la vésicule biliaire; bien entendu que, pour acquérir ici des notions positives, il faut exercer des mouvements d'allée et de venue, réitérer un grand nombre de fois les tentatives d'exploration, et surtout comparer les résultats de la plessimétrie à ceux de la palpation. Des pressions convenablement ménagées, en même temps qu'on exécute des mouvements de latéralité, sont aussi très-utiles pour juger de la forme et des dimensions de la vésicule du fiel.

Plessimétrie.

8393. La plessimétrie permet de déterminer nettement, dans tous les points indiqués précédemment (n° 8377), la configuration du foie. La sensation de dureté éprouvée par le doigt, une matité plus ou moins forte, font apprécier certaines variétés de formes en rapport avec des épaississements circonscrits. Cela a surtout lieu sur les points du foie qui, tout en s'amincissant, s'étendent par en bas au devant du tube digestif. De la même façon, pour la face convexe, les saillies correspondant, soit en avant, soit en arrière, soit sur le côté droit, avec le rebord costal, pourront être reconnues au moyen de la plessimétrie. Sur les points, en effet, où ces saillies existeraient, la matité et la dureté hépatiques remplaceraient plus ou moins profondément la sonorité et l'élasticité pulmonaires. Pour dessiner exactement la configuration du foie, il faut suivre, en percutant, les mêmes lignes dont il a été parlé lorsque nous avons étudié les moyens d'apprécier la hauteur de l'organe hépatique (n° 8376). On doit aussi percuter fortement ou légèrement pour juger de l'état des parties profondes ou superficielles. Quand on a bien déterminé les points des ligues indiquées précédemment (n° 8377), sur lesquels le foie commence ou finit, on recherche, dans les espaces intermé-

liaires à ces lignes, quelles sont les limites positives de l'organe. On revient, à cinq ou six reprises, sur ces mêmes limites, et cela, tantôt de haut en bas, tantôt de bas en haut, et de façon à bien s'assurer qu'on n'a pas commis d'erreur. C'est principalement vers le bord du plessimètre appliqué sur la limite de l'organe que l'on doit ici percuter, et l'on se sert du rebord de cet instrument pour diriger la plume ou le crayon destinés à marquer d'un trait noir les points que l'on veut dessiner. Cela se pratique en avant, en arrière, sur les côtés, en un mot, tout à l'entour du foie. De cette façon, on dessine très-exactement la configuration générale de ce viscère. L'épaisseur de la glande biliaire peut aussi être mesurée (mais seulement d'une manière approximative), en percutant sur l'organe avec des degrés variables de force. Plus il y a de matité et de résistance au doigt et plus cette épaisseur est grande (1).

Plessimétrie de la vésicule du fiel.

8394. Quant à la délimitation de la vésicule du fiel, voici les

(1) Il est plusieurs points de la circonférence du foie qu'il est difficile de bien miter. Le premier est celui où le cœur touche (avec la médiation du diaphragme) l'organe hépatique et repose sur lui. Si l'on veut ici apprécier le degré de matité du son cardiaque (qui participe un peu de celui du poumon) la percussion doit être assez superficielle. Elle sera forte et profonde, au contraire, si l'on veut avoir quel est le point où le foie commence au-dessous du cœur. L'organe hépatique est toujours plus mat, et le son qu'il donne conserve quelque chose du timbre abdominal.

Le second point où il est difficile de mesurer le foie est situé à droite et tout à fait en arrière; là, l'organe hépatique touche au rein droit; celui-ci est superficiellement placé. Il donne un son beaucoup plus mat et une résistance au doigt plus marquée que celle du foie. Il faut toujours percuter et circonscrire attentivement le rein, avant d'être bien fixé sur la limitation inférieure de la glande biliaire. On retrouve assez bien celle-ci, en percutant très-fort sur le rein droit qui sépare en arrière des parois.

Souvent le foie touche à la rate, et il faut la plus grande attention pour distinguer les sons propres à chacun de ces organes. Dans quelques cas même, c'est seulement en dessinant attentivement toute la circonférence de ces viscères que l'on parvient à juger de leurs points de contact.

Enfin, lorsque l'estomac est plein d'aliments, lorsque le gros intestin est rempli de matières, la limitation du rebord hépatique devient difficile ; aussi, lorsqu'il est utile d'avoir des résultats précis, faut-il prendre soin que l'estomac et que le gros intestins ne contiennent ni solides ni liquides.

En tenant compte des faits précédents, on parvient à parfaitement circonscrire tous les points de la circonférence du foie.

règles de plessimétrie qu'il faut suivre à l'effet de l'obtenir. Après avoir tracé à l'extérieur l'image du foie, on suit, pour percuter, une ligne horizontale de droite à gauche et qui soit située à un centimètre ou deux au-dessous du rebord hépatique. On recherche tout à fait à droite et sur cette ligne, la sonorité et l'élasticité propres à la région pylorique de l'estomac, au colon ou au duodénum (qui presque toujours contiennent des gaz). On percute ensuite successivement de droite à gauche, jusqu'à ce qu'on trouve, au-dessous du bord inférieur du foie (et sur un point de la figure plessimétrique de cet organe qui correspond à celui où l'anatomie cadavérique apprend que se trouve la cystichole), une légère matité. Celle-ci n'est pas accompagnée de sensation de dureté. On continue ensuite à percuter, suivant la même direction, jusqu'à ce qu'on rencontre la sonorité et l'élasticité propres au tube digestif rempli de fluides élastiques. Alors on plessimétrise de haut en bas l'espace occupé par la matité attribuée à la vésicule, jusqu'à ce que, inférieurement, on retrouve aussi les sons propres au tube digestif. On réitère un très-grand nombre de fois ces recherches *d'un côté à l'autre* et *de haut en bas*, jusqu'à ce qu'on soit bien sûr de l'exactitude des sensations que l'on a obtenues. C'est alors que, sur les points où la matité cesse et est remplacée par la sonorité, on trace une marque noire qui indique la circonscription exacte de la vésicule (1).

(1) Tout récemment, sur un malade chez lequel le bord inférieur du foie très-hyperhémié se prolongeait sous la forme d'une lame mince, nous avons trouvé sur l'étendue de cette même lame et par la plessimétrie, une matité très-marquée. La forme de l'espace occupé par cette matité était celle du fond de la vésicule du fiel. C'était à la distance de la ligne médiane où se trouve d'ordinaire le réservoir de la bile que l'on rencontrait le son mat, et comme on ne trouvait aucune saillie appréciable par la plessimétrie ou par la palpation qui pût être rapportée à la cystichole, nous fûmes naturellement conduits à penser que c'était bien la vésicule biliaire qui donnait lieu au défaut de résonnance observé; en faisant coucher le malade sur le côté droit pour éviter que les aliments contenus dans l'estomac donnassent lieu à la matité dont il s'agit, celle-ci continua à exister. Ce malade prit, le jour même et le lendemain, une dose élevée de tartre stibié. Des selles eurent lieu en grand nombre, le foie diminua de plus de deux pouces en deux jours, et l'on trouva dès lors la vésicule faisant saillie au-dessous de ce bord, et cela précisément sur le point de la surface du ventre où on l'avait reconnue au-dessous de la lame hépatique.

Il résulte pour nous de ce fait que la plessimétrie peut, dans certains cas, conduire à faire reconnaître au-dessous d'une lame de foie la vésicule du fiel distendue ou une tumeur de toute autre nature. Du reste, le malade dont il a été parlé

8395. Pour mieux s'assurer même de la certitude des résultats ie l'on obtient, on fait successivement coucher le sujet de l'expémentation sur le côté droit et sur le côté gauche, et cela à l'effet ; voir si, dans ces deux positions du corps, l'image attribuée à la stichole ne varie pas de dimension, suivant que la bile tombe à oite ou à gauche. Dans le décubitus latéral gauche, on a encore vantage d'éviter la matité qui, dans la région pylorique, pourrait re le résultat de la présence de liquides dans l'estomac. Ceux-ci ourraient, en effet, rendre très-difficile la limitation de la vésicule u fiel.

8396. Il est bon encore de s'assurer de l'état de vacuité des cons, et même de faire prendre et de faire évacuer un lavement purtif, avant de percuter la cystichole.

8397. Enfin il faut se donner garde de confondre la masse supéeure du muscle sterno-pubien avec la cystichole. Pour cela, ce mus- sera mis dans le relâchement et on le percutera successivement ns cet état et dans celui de contraction. D'ailleurs, si la masse surieure du sternopubien gauche est sonore, tandis que, sur l'esce occupé par le point correspondant du même muscle à droite, y a de la sonorité, il est évident que ce n'est point cet organe, ais bien quelques parties sous-jacentes qui donnent lieu à cette atité (1).

Plessimétrie du foie et de la vésicule biliaire dans l'état anomal.

8398. Tels sont les moyens de déterminer, pendant la vie, les rmes nomales du foie et de la vésicule biliaire. Ce sont encore les êmes voies d'investigation qui peuvent conduire à apprécier les nfigurations anomales que l'organe hépatique ou que la cystichole uvent présenter. Or, dans les articles suivants, lorsque nous parrons des altérations de formes qui, dans chaque état organopathogique, peut avoir lieu dans le foie, il sera bien entendu que c'est l'aide des moyens précédents que l'on pourra les découvrir.

qui était, depuis six mois, atteint de symptômes d'hépathie, cessa de les éprour lorsque le foie fut diminué et que ses dimensions ne dépassèrent plus celles l'état nomal.

(1) Nous avons établi ailleurs les caractères plessimétriques qui permettent, soit distinguer le foie volumineux des épanchements pleurétiques (Traité de Diaostic, nº 1821), soit de mesurer cet organe: dans l'hydropéritonie (*ibid.* 1822); rsque les gros intestins sont situés au-devant de lui (*ibid.* nº 1823), etc.

Symptomatologie. Étiologie. Pathogénie. Thérapeutique.

8399. Les altérations de forme que le foie peut offrir ne déterminent guère de symptômes spéciaux autres que ceux qui sont causés par les éminences ou par les saillies hépatiques donnant lieu à des compressions ou à des déplacements. De là des troubles dans les fonctions des organes voisins ; exemples : telle saillie du foie située près de la veine cave inférieure ou du conduit cholédoque, pourra gêner le cours du sang dans la première, et de la bile dans le second ; une augmentation dans le volume de l'extrémité gauche du foie soulèvera le cœur et causera des palpitations, ou encore comprimera la rate et occasionnera des accidents en rapport avec cette splénopathie. Il peut arriver qu'une proéminence du foie en arrière et près de la ligne médiane ou en bas et au voisinage du pylore, mette obstacle, soit à l'entrée des aliments dans l'estomac, soit à leur sortie, etc. Ces accidents, tenant à la dysmorphie elle-même, sont les conséquences éloignées des états organiques qui, tels que les hyper ou les hétérotrophies hépatiques, donnent lieu à ces altérations de forme. Bientôt nous reviendrons sur l'histoire de ces divers états.

8400. Remarquons cependant ici qu'il est un grand nombre d'altérations dans la forme du foie qui, congénitales ou acquises, troublent à peine, ou même ne troublent pas les fonctions de cet organe. De ce nombre sont : 1° les anomorphies hépatiques en rapport avec les compressions que les saillies formées par les côtes exercent sur le foie (il en résulte parfois des dépressions remarquables de la face supérieure de cet organe) ; 2° les dysmorphies hépatiques qu'on observe chez certaines femmes à poitrine très-étroite et à parois abdominales très-peu volumineuses (de telles personnes augmentent encore cette fâcheuse disposition en portant des corsets très-serrés). Il arrive souvent en effet que chez de tels sujets, le foie est développé de haut en bas aux dépens de sa dimension transversale, et à tel point qu'il descend bien au-dessous du rebord costal, sans qu'il y ait de symptômes graves en rapport avec une telle disposition organique; 3° des altérations de formes variées dans lesquelles telle extrémité ou tel lobe du foie sont plus ou moins développés proportionnément que tels autres, sans qu'il en résulte encore de phénomènes fâcheux. On voit du reste, chez les divers sujets, de très-grandes variations dans la forme et dans l'épaisseur de l'extrémité gauche du fois ; tantôt elle s'arrête

ı niveau de la ligne médiane, tantôt elle n'y parvient pas, et génélement alors ce viscère gagne en dimension verticale ce qu'il perd ıns le sens de sa largeur. Ailleurs l'extrémité hépatique s'étend ngulièrement à gauche et touche à la rate dont il est difficile de la miter. Du reste, chez un grand nombre d'hommes, le bord inféeur du foie est découpé d'une manière irrégulière et très-différente e ce qu'on observe dans la majorité des cas.

8401. Les anomorphies du foie ne donnent pas lieu, comme il ent d'être dit, à des phénomènes pathologiques, parce que les nctions de l'organe hépatique ne sont pas en rapport avec la forme énérale de l'organe, mais bien avec la structure et avec la configuıtion des granulations qui ne sont presque pas modifiées par les ysmorphies du foie considéré en général.

8402. On ignore, du reste, quelles sont les causes d'un grand ombre de variations dans la forme du foie ; nous verrons bientôt ıssi que divers états organopathologiques de cet organe produisent s altérations de forme. Nous reviendrons bientôt sur ce sujet mme sur le traitement applicable aux états anatomiques dont les smorphies hépatiques sont les symptômes.

CHAPITRE IV.

HYPERTROPHIE, ATROPHIE OU HYPOTROPHIE HÉPATIQUES.

8403. L'hypertrophie et l'atrophie du foie sont, dans la trèsande majorité des cas, les conséquences d'autres états organopaologiques. Les hémies (congestions), les phlegmasies, les hétéroophies de cet organe, sont le plus souvent les causes de son augentation de volume. Le changement particulier dans la forme et ns la structure des granulations auquel on a donné le nom de cyrıose, est la circonstance qui préside le plus ordinairement à l'atroıie hépatique. Nous reviendrons ailleurs sur ces lésions organies.

8404. Chez certains sujets qui ne sont point malades, le foie est us petit ou plus gros que chez le plus grand nombre des hommes, qui paraît se rattacher à la manière dont la circulation s'accomit, aux quantités de sang en circulation, etc.

Nécrorganographie. Biorganographie.

Difficulté d'apprécier exactement le volume nomal du foie.

8405. Pour bien apprécier les variations de volume que la glande

biliaire peut présenter en maladie, il faudrait d'abord établir ses dimensions nomales; or, il est à peu près impossible d'y parvenir. Aux causes de la difficulté dans l'appréciation du volume, soit du cœur (n° 1748), soit du tube digestif (n° 7408), etc., il faut ajouter ici que le foie recevant une énorme quantité de sang, se tuméfie promptement d'une façon parfois étrange. Le poids, la mesure verticale, la hauteur, etc., de l'organe hépatique, sont énormément augmentés dans l'hémie (congestion) et diminués dans l'hypohémie ou l'anémie. Sur presque tous les cadavres, cet organe est très-congestionné par suite de l'anématosie consécutive à l'angiairaphrosie (n° 5961) ou très-exsangue, par l'effet de l'anhémie. De là, de très-grandes variations dans le volume du foie; de là des erreurs graves, dans le jugement que l'on pourrait porter sur ses dimensions à l'état nomal.

Dimensions du foie à l'état nomal et anomal.

8406. C'est pendant la vie et sur des sujets en santé qu'il serait utile de mesurer le foie. J'ai donné, dans les Traités de la Percussion médiate et de Diagnostic (n° 1810), les résultats de la plessimétrie dans un très-grand nombre de cas recueillis sur des individus qui me paraissaient sains, et j'ai trouvé le plus souvent, chez les adultes, les dimensions suivantes : 12 à 14 centimètres sur la ligne verticale tracée au niveau du mamelon ; 16 à 18 centimètres à la hauteur d'une ligne droite qui, à partir de l'aisselle, se porte jusqu'au bassin ; 7 à 8 centimètres près de l'appendice xiphoïde, et un peu moins sur le point du foie qui correspond à celui-ci ; de 5 à 6 centimètres à gauche de cet appendice, alors que l'organe hépatique s'étendait jusque-là; en arrière, la dimension du foie de haut en bas est à peu près celle que l'on observe au niveau de l'aisselle. Quant à la dimension transversale, elle varie beaucoup et comprend en général l'espace qui se mesure depuis le côté droit jusqu'à trois ou quatre centimètres à gauche de la ligne médiane.

8407. Il ne faut pas croire que de telles mesures soient positives et qu'on les retrouve absolument semblables chez tous les adultes. Les hommes robustes, pléthoriques et de haute taille ont le foie de beaucoup plus volumineux que les gens faibles, exsangues et de petite stature. Chez les femmes, cet organe est souvent plus développé, proportionnément dans le sens vertical que dans la direction transversale. Les très-jeunes enfants ont ordinairement un foie très-gros, etc. Une foule d'autres circonstances peuvent faire varier le

olume de l'organe hépatique. En tenant compte cependant des ré- xions précédentes, et en faisant les restrictions qu'elles exigent, ı peut dire que les mesures du foie établies dans le Traité de Dia- nostic sont applicables, pour l'état sain, à la très-grande majorité es cas.

3408. Or, nous avons publié, dans le même ouvrage, des relevés atistiques sur l'augmentation de volume que le foie avait présentée ıns diverses affections aiguës, telles que des pneumonites, des hé- tarthrites, des entérites septicémiques, etc., et nous avons vu que moyenne des dimensions verticales de l'organe hépatique était dans tels cas très-supérieure à ce que l'on observait dans l'état sain. s faits appartiennent évidemment plutôt aux hépatohémies qu'aux patotrophies proprement dites. Lors de l'étude des affections de rate et des fièvres intermittentes, nous reviendrons aussi sur cette tre série d'observations ayant trait à l'hypersplénotrophie et dans quelles, contradictoirement aux opinions reçues, le foie n'avait s augmenté de volume. Nous n'aurions donc à parler ici que des s où il s'agirait de véritables hypertrophies ou d'atrophies hépa- ues, c'est-à-dire de ceux où l'organe sécréteur de la bile est plus s ou moins gros qu'à l'ordinaire, et cela par suite d'une simple gmentation ou d'une diminution de nutrition, sans qu'il y ait étérotrophie.

Hypertrophies apparentes du foie.

3409. Or, il est très-difficile de préciser de tels cas. Le foie est ıvent de beaucoup plus volumineux dans sa totalité que dans l'é- nomal; ses granulations paraissent être plus grosses que d'ordi- re, mais ceci peut être le résultat d'une simple congestion. En ssant, en effet, le tissu hépatique entre les doigts, on en exprime sang, et les granulations diminuent, sans pour cela être altérées. Il aurait donc pas ici d'hypertrophie véritable et telle qu'on la con- t, lorsqu'il s'agit des fibres musculaires ou cardiaques. D'un autre é, le foie est parfois très-volumineux et altéré dans sa coloration, l est jaunâtre ou très-pâle; il offre un degré marqué d'induration; ıgmentation de volume a été observée longtemps pendant la vie malade; alors on serait tenté de croire qu'il existe une véritable pertrophie. Dans de tels cas cependant, il y a presque toujours existence de phymies pneumoniques ou entériques, de carcinômes riques ou mammaires. Tout porte donc à penser qu'il ne s'agit s seulement alors d'hypertrophie hépatique, mais du dépôt dans le

tissu hépatique de quelque substance anomale. Les altérations de coloration, les modifications dans l'apparence et dans la grosseur des granulations, si souvent observables dans de tels foies, fortifient encore cette pensée.

Hypertrophies, atrophies partielles des tissus élémentaires du foie.

8410. Les auteurs qui ont admis l'existence de deux substances, l'une rouge, l'autre jaune, dans les granulations hépatiques, ont pensé: que l'une de ces substances pourrait s'hypertrophier isolément; que si la première était dans ce cas, la seconde s'atrophiait, et qu'alors l'aspect des granulations était rouge. Tout au contraire, quand il arrivait que la partie jaune des granulations était plus développée, il en résultait cet état pathologique auquel le nom de cyrrhose a été donné. Ces explications pathogéniques ne sont en rien démontrées. Quand même l'une de ces substances aurait véritablement pris un plus grand volume que l'autre, cela pourrait être dû à toute autre cause qu'à une hypertrophie partielle. En effet, de ces substances, la jaune est évidemment formée en grande partie de canaux biliaires; la rouge est principalement constituée par des vaisseaux veineux ou artériels. Or, ne se pourrait-il donc pas faire que des stases circulatoires, que des sténosies, que des emphraxies dans ces canaux, et non pas de véritables hypertrophies, fussent les causes des apparences dont il vient d'être fait mention? Des considérations du même genre sont applicables aux atrophies hépatiques.

8411. D'après tout ceci, on devrait seulement admettre comme étant hypertrophié ou atrophié, le foie qui offrirait l'état suivant: cet organe, augmenté ou diminué de volume, conserverait sa couleur et sa consistance nomale; il présenterait des granulations dont les dimensions seraient plus grandes ou plus petites qu'à l'ordinaire, et cela dans les mêmes proportions que l'ensemble de l'organe.

Hypertrophies, atrophies partielles du foie.

8412. On a cité des faits d'hypertrophies partielles de quelques-uns des points du foie. Tantôt c'était un seul lobe développé aux dépens des autres parties de l'organe, elles-mêmes plus ou moins atrophiées; tantôt il s'agissait (comme cela avait lieu dans des cas mentionnés par M. Brière de Beaumont) d'un accroissement considérable de quelques granulations, tandis que d'autres de ces petits corps étaient atrophiés. Dans les premiers cas, on a fait remarquer avec raison que le refoulement, l'entassement d'un grand nombre de granules vers une section du foie, tandis qu'ils sont en

tit nombre ailleurs, ne constituent ni une hypertrophie, ni une rophie de l'organe, mais bien une sorte de déplacement de ces anulations élémentaires. Les seconds faits se rapporteraient bien des hypertrophies partielles, mais il est fort possible encore qu'il ait ici plutôt des embarras de circulation qu'une véritable augmention de volume.

8413. On voit d'après tout ceci que, même à l'examen du cadae, on est fort embarrassé de décider si un foie volumineux est hyrtrophié, hyperhémié ou hétérotrophié. Cet embarras est encore en plus grand lorsqu'il s'agit de déterminer pendant la vie du lade s'il en est ainsi. Nous verrons bientôt, à l'occasion de l'histoire s hémies et des hétérotrophies du foie, quelles sont les cirnstances sur les quelles on peut se fonder pour croire qu'il s'agit itôt de l'un de ces états que de la simple augmentation de volume.

Symptomatologie.

8414. L'hypertrophie simple du foie, considérée indépendamment toute autre lésion matérielle, donne lieu seulement aux symptômes ntil a été parlé à l'occasion des hétéromorphies hépatiques (n°8399). st impossible en effet que la glande biliaire soit altérée dans son lume sans l'être jusqu'à un certain point dans sa configuration, et is avons dit précédemment quelles étaient les conséquences fréentes de ces modifications dans la forme. D'un autre côté on ne t pas comment il se pourrait faire que des symptômes morbides, s ou moins marqués, pussent être les résultats d'une simple augntation dans le nombre ou dans le volume des granulations héiques ; seulement une action plus énergique du foie, une sécrétion s abondante de bile, une influence plus marquée sur l'hématose, aient les conséquences de cette hypertrophie; et il n'en résulte guère d'inconvénients si les voies biliaires étaient libres, et s'il avait aucune autre lésion dans les organes circulatoires et respiires.

415. Mais lorsqu'il s'agit d'augmentation de volume du foie en port avec quelque hétérotrophie, avec quelque hémie ou encore c quelque emphraxie, alors il survient des phénomènes dont s parlerons à l'occasion de ces lésions, mais qui n'appartiennent rien à l'hypertrophie hépatique proprement dite.

416. Toutefois les symptômes suivants sont les conséquences plus ordinaires de l'augmentation de volume du foie; ils se mastent, quelle que soit la cause (hémie, hétérotrophie, etc.) qui ait

présidé à cette hypertrophie; celle-ci ne peut avoir lieu sans qu'il y ait en même temps un accroissement dans le poids de l'organe hépatique et un sentiment de gêne ayant son siége à l'épigastre; il semble qu'une barre pesante s'étende d'un hypochondre à l'autre, et comprime les parties voisines. C'est surtout lors de la station prolongée que ce symptôme, si souvent rapporté à tort à la gastrite, se déclare avec intensité. Souvent des douleurs sourdes s'étendent à l'épaule droite, se font sentir et augmentent par les mouvements (ce qui paraît être parfois en rapport avec quelque névralgie intercostale consécutive). Souvent il semble que ces douleurs soient les conséquences du tiraillement que le poids du foie hypertrophié exerce sur le diaphragme. C'est surtout lorsque les muscles abdominaux sont faibles et dépressibles que ces accidents existent. Parfois le coucher sur le côté gauche est fort pénible, et il arrive que le décubitus dorsal ou latéral droit sont seuls possibles. Les digestions deviennent parfois laborieuses à la suite de la compression que l'estomac éprouve de la part du foie hypertrophié consécutivement à cette même cause. Le refoulement du diaphragme a souvent lieu, et de là une série d'accidents étudiés ailleurs en détail (n°s 1526, 7497, 7517). Si l'augmentation de volume est portée à ce point qu'elle gêne la circulation du sang, soit dans la veine-porte, soit dans la veine-cave inférieure, il peut en résulter l'hydropéritonie et l'œdème; si l'aorte est comprimée par le foie hypertrophié, alors le sang se distribue en trop grande proportion dans les organes épidiaphragmatiques, et en quantité trop faible dans les viscères situés au-dessous du point comprimé. Les sténosies des conduits biliaires peuvent être dans certains cas les effets de l'hypertrophie hépatique; si elle est portée au point de gêner le cours du sang dans la rate (par suite de la juxta-position du foie et de ce dernier organe), elle devient une cause de phénomènes fébriles intermittents. Lorsque le retour du sang par la veine-porte, consécutivement à l'augmentation du volume du foie, est très-difficile, alors se déclarent fréquemment des congestions sanguines du rectum, des hémorrhoïdes, etc.

8417. Du reste il règne encore beaucoup d'obscurité sur les symptômes et les signes de l'hypertrophie hépatique proprement dite; les principaux caractères qui pourraient la faire reconnaître seraient les suivants:

8418. 1° Le foie serait augmenté de volume (ainsi que le démontreraient la palpation et la plessimétrie). — 2° Cette augmen-

ation de volume existerait depuis longtemps. — 3° Elle aurait lieu à a fois dans tous les points de l'organe, de façon à ce qu'une partie le celui-ci ne fût pas diminuée, tandis qu'une autre serait augmenée. — 4° Aucun obstacle appréciable par les sens ou supposable l'après les symptômes, ne s'opposerait au cours de la bile, et ce liquide serait retrouvé dans les selles. — 5° Les saignées, les purgaifs, ne diminueraient point le volume du foie. — 6° Celui-ci ne s'arophierait qu'à la suite d'un traitement d'exténuation longtemps ontinué. — 7° On ne découvrirait aucune tumeur anomale dans la glande biliaire, dont la forme aurait varié seulement sous le rapport du volume, mais non pas sous celui des inégalités, des dépresions, etc. — 8° Enfin il n'existerait point ailleurs de carcinies ni de hymies qui pussent faire supposer que l'hypertrophie apparente du oie fût la conséquence de ces lésions organiques.

Étiologie. Pathogénie. Thérapeutique.

8419. On ne peut établir de considérations utiles sur les causes, ur la pathogénie et le traitement d'un état organopathologique qu'autant qu'il est constaté et appréciable pendant la vie et après la mort; uisqu'il n'en est pas ainsi de la simple hypertrophie du foie, il en ésulte que tout ce qui serait dit sur ce sujet serait purement hyothétique; seulement s'il existait une simple hypertrophie du foie *ue l'on pût reconnaître*, les évacuations modérées et continuées, la néthode d'exténuation convenablement conduite, seraient les seuls noyens de traitement que le bon sens conduirait à proposer.

CHAPITRE V.

STÉNOSIES ANGIHÉPATIQUES

(Rétrécissement des vaisseaux du foie).

ARTERHÉPATO	STÉNOSIES, rétrécissements	des veines	du foie.
PHLEBHÉPATO		des artères	
ANGICHOLO		des conduits	biliaire.
CYSTICHOLO		de la vésicule	

Influence de l'état de la circulation sur les congestions du foie.

8420. Les obstacles à la circulation artérielle et veineuse dans le oie doivent avoir, sur cet organe, des conséquences analogues à celles qui résultent, pour toute autre partie du corps, des rétrécisements survenus dans les vaisseaux à sang rouge ou à sang noir n°s 2357, 8466). Du reste on n'a étudié ni ces lésions angihépatiques, ni leurs phénomènes consécutifs; ce que nous en pourrions dire se-

rait exclusivement appuyé sur des hypothèses ou tout au plus sur des analogies. Toutefois il n'est pas sans utilité (à cause surtout de ce qui va suivre sur les congestions hépatiques) de parler des influences inévitables que les sténosies ou les emphraxies survenues dans la portion centrale de la circulation veineuse, doivent exercer sur les hépathies.

8421. Tout obstacle, quel qu'il soit, à la circulation dans les cavités du cœur ou même dans les poumons, doit être inévitablement suivi de la stase du sang dans le foie; à plus forte raison en arrivera-t-il ainsi lorsqu'au dessus des veines hépatiques la veine-cave inférieure viendra à être plus ou moins oblitérée par un caillot ou comprimée par une tumeur extérieure. La première de ces causes (la présence des caillots) est assez fréquente; les hémoplasties dans le cœur s'étendent souvent en effet dans les veines-caves. Si de tels obstacles existent dans les cavités gauches, le poumon participera à la congestion de l'organe hépatique; s'ils ont lieu à droite, le foie sera congestionné en même temps que les extrémités inférieures; enfin si des caillots venaient à oblitérer les veines hépatiques, la glande biliaire et les divisions de la veine-porte seules seraient le siége de la stase sanguine.

8422. Toutes les fois qu'il s'agit d'hyperhépathémie, il faut avoir présents à l'esprit les faits précédents, et se rappeler que des affections du poumon et du cœur, que de grandes proportions de sang dans les vaisseaux (ce qui en définitive a, par rapport à la circulation hépatique, des résultats du même genre) pourraient être la source d'une congestion et d'une augmentation dans le volume du foie.

Sténosies des veines hépatiques.

8423. Les veines hépatiques, toujours béantes, sont très-voisines du cœur; elles ne peuvent guère être comprimées, et leurs sténosies doivent être fort rares. Si le cours du sang venait à être gêné ou empêché seulement dans quelques-unes des grosses branches de ces veines, alors les portions du foie qui leur correspondraient seraient exclusivement le siége de congestions passives et d'intumescences consécutives.

Sténosies de l'artère hépatique.

8424. S'il arrivait que dans l'artère hépatique la circulation devînt peu active, alors le foie ou quelques-uns des éléments anatomiques qui le composent pourraient diminuer de volume. Je ne sais

quel rôle pourraient jouer de semblables circonstances organiques dans la production de la cyrrhose et de quelques autres hétérotrophies de la glande biliaire. Du reste les rétrécissements de l'artère hépatique ne sont pas connus.

Sténosies de la veine-porte.

8425. Il n'en est pas ainsi des sténosies de la veine-porte. On doit beaucoup, sur ce sujet, aux travaux des modernes, et notamment de MM. Bouillaud, Reynaud, Andral, etc. Ces pathologistes ont cité des observations dans lesquelles les obstacles au cours du sang dans la veine-porte avaient donné lieu à des hydropéritonies dont le caractère spécial était de précéder l'hydrethmie (œdème) des extrémités inférieures; tandis que dans les hydropéritonies dues à une affection du cœur ou à un rétrécissement de la veine-cave inférieure, l'hydropisie des membres pelviens préexistait. Soit qu'une phlegmasie ait déterminé la formation de pseudo-méninges dans la veine-porte, soit qu'elle ait été le point de départ des adhérences entre les parois contiguës de ce vaisseau, soit encore que des tumeurs développées en dehors de celui-ci aient occasionné une diminution dans le diamètre de ce tronc vasculaire, les effets produits n'en sont pas moins les mêmes consécutivement à ces obstacles à la circulation; il est évident que le foie doit être altéré dans sa structure; ici encore il n'est pas impossible que plus d'un cas d'atrophie ou de cyrrhose hépatiques aient en partie reconnu pour cause quelque obstacle au cours du sang dans la veine-porte.

8026. Ce qui est vrai des rétrécissements du tronc principal, le serait à coup sûr des grandes divisions de cette veine, et même de l'ensemble de ses rameaux ultimes dans le foie. Concevons en effet par la pensée que les divisions capillaires de la grande veine abdominale soient toutes comprimées ou oblitérées dans les granulations hépatiques; alors il arrivera la même série de phénomènes que si le tronc principal était bouché; de là, par conséquent, des hydropéritonies, une diminution dans la sécrétion biliaire, une grande atteinte portée à l'hématose, des digestions languissantes, une constipation opiniâtre, etc.; aussi remarque-t-on tous ces symptômes dans des affections du foie, telles que la cyrrhose, dans laquelle les granulations cessent d'être rouges, et semblent ne plus contenir de vaisseaux aussi abondants qu'à l'ordinaire; telles encore qu'un grand nombre d'hépatocarcinies alors que le tissu du foie se trouve comprimé

par un grand nombre de tumeurs encéphaloïdiques développées dans ce même organe.

Nous reviendrons bientôt, du reste, sur les causes et sur les conquences des hétérotrophies hépatiques.

Sténosies de la veine ombilicale.

8427. L'oblitération de la veine ombilicale est la conséquence forcée de la manière dont la circulation s'accomplit lorsque l'enfant passe de la respiration placentaire à la respiration pulmonaire. Peut-être que la coloration jaune observée quelquefois chez les nouveau-nés est en rapport avec les changements qui s'opèrent alors dans la circulation hépatique. (*Voyez* l'article Cholémie, tome III de cet ouvrage.)

8428. Entrer dans plus de détails sur les oblitérations des artères et des veines du foie cesserait d'être pratique. Il faut attendre ici que de nouveaux faits viennent élucider les questions que nous venons de poser; l'étiologie, la pathogénie, la symptomatologie des rétrécissements ayant leur siége dans les vaisseaux sanguins du foie sont trop peu connus pour que nous puissions l'étudier convenablement. Nous insisterons avec plus d'utilité sur les sténosies des conduits et du réservoir biliaires.

Sténosies angicholiques.

8429. L'histoire des angicholosténosies est d'une extrême importance; car elle se rallie d'une part à l'étude de la cholémie (1) (bile dans le sang), et de l'autre à la connaissance d'un très-grand nombre d'états pathologiques dont le foie est susceptible. Nous nous occuperons exclusivement ici des rétrécissements des voies biliaires indépendamment de leurs effets éloignés, et nous renverrons à l'étude de la cholémie (tome III), de l'hépatohémie, de l'hépatite, des hétérotrophies hépatiques, et des cholohithes (calculs biliaires), pour l'appréciation des conséquences pathologiques que peuvent avoir les sténosies angicholiques.

Nécrorganographie.

8430. Les conduits de la bile peuvent être rétrécis ou oblitérés par des circonstances organiques qui tiennent : — 1° à ces conduits eux-mêmes, et de ce nombre sont les inflammations, les épaississements, les hétérotrophies de la membrane muqueuse qui les tapisse (car on ne connaît guère de lésions dans la membrane propre de ces conduits qui ait produit de tels effets); — 2° aux sub-

(1) Par abréviation de cholehémie.

stances qui se trouvent dans les cavités angicholiques, et de ce nombre sont : les pseudo-méninges, le pus déposé consécutivement à un état phlegmasique, la bile épaissie dont la concentration peut être telle qu'il en résulte des concrétions (calculs biliaires, chololithes); du mucus induré peut aussi produire des rétrécissements dans les voies biliaires ; il en est à coup sûr ainsi du sang : la fièvre jaune donne lieu à des hémorrhagies qui ont probablement pour résultat (et à coup sûr comme coïncidence) une teinte jaune très-foncée des tissus blancs des téguments ; des hydatides, des vers (la douve des lombrics, n° 8129), des parcelles d'aliments remontant du duodénum dans l'angichole peuvent encore y causer les sténosies ; — 3° aux tumeurs ou aux hypertrophies situées en dehors des voies biliaires, et qui les comprimant oblitèrent leur cavité d'une manière plus ou moins complète. C'est ce qui peut arriver soit pour les hypertrophies hépatiques dont il a été précédemment parlé (n° 8413) ; soit pour les hétérotrophies du foie dont il sera question plus tard ; soit pour les carcinies gastriques ou hépatogastriques ; pour les hydatocélies (si fréquemment développées au-dessous de la glande biliaire) ; soit encore pour les diverses altérations de texture existant dans les conduits capillaires excréteurs des granulations hépatiques ; soit enfin pour les carcinies qui existant entre les granulations, viennent à comprimer les divisions de l'angichole.

8431. Quelles que soient les causes organiques des angicholosténosies, elles peuvent exister sur divers points de l'étendue des voies biliaires : 1° A l'orifice du conduit cholédique dans le duodénum, ce qui arrive fréquemment à la suite de la phlegmasie de cet l'intestin (C. Broussais) ; 2° dans l'étendue de ce même canal, à partir de l'intestin jusqu'au conduit cystique ; et *dans ces deux premiers cas, on trouve presque toujours les conduits hépatiques et la vésicule du fiel pleine de bile, et le foie augmenté de volume ;* 3° dans le conduit cystique ; *alors la vésicule est vide, remplie de mucus, parfois oblitérée* ou même atrophiée, ainsi que j'en ai vu plusieurs exemples à la Salpêtrière, dans des cas de chololithes ; 4° dans le tronc hépatique, *et dans ce cas la vésicule est vide, les rameaux de l'angichole situés au-dessus sont très-distendus, et le foie est augmenté de volume ;* 5° dans les branches du conduit hépatique ; alors, suivant que la sténosie a son siége à droite ou à gauche, les conduits de chacun de ces côtés sont distendus par la bile, et le lobe correspondant du foie est hypertrophié, tandis que l'autre lobe conserve sa dimension nomale ; 6° dans

les vaisseaux capillaires excréteurs de la bile, et dans une telle circonstance, les granulations hépatiques sont volumineuses, et les conduits situés au delà ne contiennent pas de bile.

8432. Toutes les fois que des vaisseaux biliaires situés au-dessus des sténosies angicholiques sont assez volumineux pour qu'on puisse y recueillir de la bile, ce fluide s'y amasse, ses caractères propres sont plus tranchés et il s'épaissit notablement. Si la lésion a duré depuis longtemps, cet épaississement est porté très-loin, la bile accumulée est convertie, partiellement ou dans sa totalité, en une substance épaisse, opaque, cristalloniforme, plus ou moins volumineuse et qui constitue les calculs biliaires dont il sera bientôt parlé.

Sténosies du col de la vésicule et du conduit cystique ; leurs conséquences.

8433. Du reste, s'il arrive que la sténosie ait son siége au col de la vésicule du fiel ou dans le conduit cystique, alors la vésicule ne contient en général ni bile ni calculs. Toutefois, il y a ici des exceptions possibles ; il se peut faire qu'avant l'époque où le rétrécissement a été complet, il y ait eu déjà des chololithes formés. D'ailleurs, si quelque proportion de bile se trouvait, au moment où le rétrécissement s'est opéré, dans le réservoir qui lui est destiné, celle-ci pourrait être épaissie consécutivement et être ainsi devenue la source de calculs qui, dans ce cas, n'ont jamais un volume considérable.

8434. On trouve parfois, dans la cystichole contenant de la bile et dilatée au-dessus du rétrécissement, des indices évidents d'un état phlegmasique. Bien plus, dans quelques cas, surtout alors qu'il y a formation ancienne de calculs, il peut s'y former un abcès comme j'en ai observé un cas remarquable dont il sera parlé plus loin.

États des conduits biliaires et des granulations au-dessus des points sténosiés.

8435. Des rougeurs manifestes, des pseudoméninges, du pus mélangé avec de la bile peuvent aussi exister dans les conduits biliaires en deçà des points sténosiés. Il arrive même que les granulations hépatiques donnant naissance aux rameaux qui vont se rendre aux branches de l'angichole rétrécies, soient rouges, tuméfiées, si le mal a été chronique. On les trouve parfois altérées dans leur couleur (qui peut devenir plus ou moins jaune), et dans leur structure, qui, souvent, est alors différente de ce qu'elle est à l'état nomal.

Cholémie consécutive aux sténosies angicholiques.

8436. Lorsqu'existe une sténosie angicholique, *lorsqu'en même temps les granulations du foie correspondantes aux vaisseaux biliaires*

qui s'y rendent ont conservé leur organisation et, par conséquent, leurs fonctions, il se manifeste un état particulier, soit de la sérosité du sang et des liquides dont elle est la source, soit des tissus blancs où elle circule. Cet état mérite infiniment de fixer l'attention. C'est une coloration variant d'intensité, depuis une teinte jaune soufré jusqu'à une nuance d'un jaune foncé ou verdâtre. C'est là ce qu'on appelle jaunisse ou ictère; c'est pour nous la cholémie (par abréviation de cholihémie) dont l'histoire détaillée fait partie de notre troisième volume (1). C'est à l'étude des anomémies (pour anomohémies) que l'on trouvera agitées les questions de savoir : si l'état dont il s'agit peut se déclarer indépendamment de tout obstacle à l'excrétion biliaire, et si un défaut de sécrétion peut en être la cause. C'est là que l'on verra, quelle que soit d'ailleurs la théorie adoptée sur la pathogénie de l'ictère, que, chez les malades qui en sont affectés, il y a dans le sérum, dans l'urine, dans la sueur, etc., présence au moins du principe colorant jaune de la bile. Ici nous nous contentons de noter, comme fait positif, qu'à l'exception des rétrécissements du conduit cystique ou du col de la vésicule, toute sténosie anticholique complète est suivie du développement de la jaunisse. Il en est ainsi tout aussi bien des cas où le cholédoque est oblitéré que de ceux où les vaisseaux excréteurs des granulations hépatiques sont rétrécis en grand nombre. Seulement plus le vaisseau biliaire sténosié reçoit un nombre considérable de rameaux hépatiques, et plus en général la cholémie survient avec rapidité et avec intensité.

Biorganographie. Symptomatologie. Diagnostic.

8437. Un seul point de l'angichole est accessible aux moyens physiques d'exploration, et ce point est le fond de la vésicule du fiel. Il est impossible de palper ou de percuter les conduits cholédoque et hépatique, soit hors du foie, soit dans le foie. Seulement on peut apprécier *nettement par la plessimétrie, approximativement par le toucher*, le volume de la glande biliaire dont l'ensemble présente nécessairement les dimensions totales des granulations hépatiques; or, en réunissant ces documents, en les rapprochant des symptômes fonctionnels ainsi que des états pathologiques qu'offrent, soit les selles et les matières vomies, soit le tube digestif lui-même, on arrive à déterminer, dans un grand nombre de cas, le caractère et le

(1) Voyez, en attendant sa publication, le Traité des Altérations du sang, article Cholémie.

siége du mal. Parlons d'abord des phénomènes fonctionnels qui sont consécutifs aux angicholosténosies.

Douleur.

8438. La conséquence directe de la présence d'obstacles au cours de la bile dans ces conduits, est l'accumulation de ce liquide au-dessus de ces obstacles. De là résulte une douleur en rapport avec l'accumulation trop abondante de cette même bile dans ses vaisseaux et dans son réservoir. La douleur, dans les cas extrêmes, peut s'étendre jusqu'au foie. Elle a son siége ordinaire sur les points qui correspondent aux vaisseaux biliaires et surtout à la vésicule. Plus tard, si le mal persiste, elle est parfois suivie de la phlegmasie, soit des conduits où le fluide biliaire s'accumule, soit du foie lui-même (voyez plus loin l'histoire de l'hépatite). On affirme qu'une souffrance très-vive à laquelle on a donné le nom de colique hépatique, est la conséquence de la présence dans l'angichole de calculs biliaires. Ce seraient alors des contractions de la membrane propre de l'angibrôme qui lui donneraient lieu. Ce fait pourrait être comparé à ce que nous avons dit exister dans les rétrécissements du pylore, des gros intestins, du rectum, etc. (nos 7433, 7442, etc.). L'existence de ces coliques est possible, mais au moins elles sont fort rares; souvent on les a admises, plutôt en se fondant sur des spéculations que sur des faits avérés. Des erreurs graves de diagnostic ont été souvent les causes des idées qu'on s'était formées à ce sujet; par exemple : j'ai vu un médecin de premier ordre soutenir, en consultation, qu'il s'agissait chez une dame *d'une colique hépatique*. Cependant la douleur ne correspondait en rien au siége du foie, et il n'y avait évidemment autre chose qu'une névralgie intercostale. Pendant six ans médecin de la Salpêtrière, j'ai vu dans cet hospice des sténosies et des calculs dans les conduits biliaires être extrêmement fréquents; je n'y ai pas observé de coliques hépatiques. Ce sujet mérite de nouvelles recherches, et la plessimétrie, en indiquant le lieu occupé par la vésicule, servira sans doute à particulariser le siége réel de la douleur et à élucider cette question.

Troubles dans les digestions, dyspepsies.

8439. Sous l'influence d'une sténosie complète des conduits cholédoque ou hépatique, la bile n'arrive plus dans l'angibrôme, les matières évacuées sont décolorées et blanchâtres. Alors et malgré quelques observations contraires, les digestions s'altèrent et deviennent plus ou moins languissantes On en a inféré que la bile n'était

…us très-utile à la chylification ; mais les faits qu'on a cités sont souvent …rt incomplets; ils sont tellement en dehors de l'observation la plus …lgaire et de toutes les inductions d'histoire naturelle, qu'en vérité, …us le rapport pratique, il ne faut pas en tenir compte, à moins …u'il n'existe une entérite ou quelque autre cause qui, telle que l'u…ge d'aliments ou de médicaments purgatifs, donne lieu à des éva…uations alvines. Les selles, dans les sténosies angicholiques, sont …res, et souvent même il se déclare des accidents en rapport avec … scorentérie (souffrance des intestins due à des fèces).

Cholémie.

8440. Non-seulement, dans les angicholosténosies et comme nous …avons déjà vu (n° 8436), il y a cholémie, mais l'urine, consécu…vement à celle-ci, est fortement colorée en jaune rougeâtre qui, …ar l'action de l'acide nitrique, se change souvent en une nuance …run rougeâtre ou vert bouteille très-foncé; en un mot, il se mani…este alors les symptômes de la cholémie (voyez le troisième volume), … la fièvre ne se déclare que sous l'influence des hépatites ou des au…res affections coïncidentes ou consécutives.

…iagnostic. Résumé et inductions en rapport avec les considérations précédentes.

8441. Voici le parti que l'on peut tirer, en diagnostic, de la com…araison établie entre les signes fournis par la plessimétrie et les …ymptômes variés dont il vient d'être fait mention.

8442. Lorsqu'un malade est atteint de cholémie, il y a d'abord …out lieu de penser qu'un obstacle mécanique existe au cours de la …ile. Quand le fond de la vésicule du fiel est en même temps volu…mineux, il est à peu près certain qu'une sténosie a son siége dans le …onduit cholédoque. Tant que ce dernier accident est récent, le foie …hors les cas où cet organe était d'abord malade) n'est pas hypertro…hié ; mais, pour peu que le mal dure, la glande hépatique augmente …e volume, et cela dans des proportions souvent considérables.

8443. Lorsque, sur un semblable malade, il existe une douleur vive …ur le fond même de la vésicule du fiel, de deux choses l'une: ou celle…i s'enflamme, soit primitivement, soit secondairement à la stase de la …ile ; ou elle est distendue outre mesure par l'accumulation de ce …luide, ce que démontre alors la plessimétrie. Dans de telles circon…tances, tout porte à croire qu'il y a coexistence d'une cholédocite.

8444. Quand la douleur a son siége au pourtour de la vésicule …u fiel et sur le point où l'anatomie apprend que se trouve le duodé…num, il y a tout lieu de croire (surtout si cette souffrance a précédé

la cholémie) qu'il s'agit d'abord d'une duodénite dont la cholédocite et, partant, la sténosie ont été les conséquences.

8445. Lorsque, sur un malade atteint de cholémie, le fond de la vésicule est peu développé, et que l'hypertrophie hépatique est, dans tous les points de l'organe, portée à un haut degré, il y a très-probablement un obstacle au cours de la bile dans le conduit hépatique ; cette croyance devient d'autant plus grande que le foie grossit de plus en plus et devient successivement aussi plus douloureux.

8446. Dans les cas où, sans qu'il y ait cholémie, il est impossible, en aucun temps, de trouver par la plessimétrie le fond de la vésicule du fiel, et lorsqu'à des époques antérieures ont existé les symptômes de quelque affection grave des voies biliaires, on a les plus fortes raisons de croire *que la cystichole est oblitérée et atrophiée.*

8447. Lorsque, dans la cholémie, la plessimétrie fait découvrir que la portion gauche du foie est très-volumineuse et en même temps douloureuse, sans que la vésicule du fiel soit dilatée, et sans que les fèces soient décolorés, *il y a tout lieu de croire qu'il existe une sténosie dans la branche* gauche du conduit hépatique ; tandis que le reste de l'angichole étant libre continue de verser dans le duodénum le liquide biliaire.

8448. S'il arrive, dans de telles circonstances au contraire, que toute l'extrémitédroite du foie soit hypertrophiée et douloureuse, la portion gauche de cet organe ayant peu de dimension et n'étant le siége d'aucun sentiment pénible, *il semble évident que les portions droites de l'angichole sont atteintes de rétrécissement.*

8449. L'étude plessimétrique des organes situés autour du foie peut éclairer l'histoire des états organiques en rapport avec les sténosies des conduits biliaires. Supposons, par exemple, qu'après avoir trouvé sur un malade atteint de cholémie, la vésicule du fiel distendue et le foie hypertrophié, on rencontre tout à coup une matité marquée de l'intestin auparavant sonore; supposons qu'en même temps la vésicule du fiel ait brusquement diminué de volume, et que la glande biliaire ait éprouvé un décroissement plus ou moins prompt, on en inférerait que *très-probablement l'obstacle serait surmonté et que la bile parviendrait actuellement dans l'angibrôme.*

8450. Enfin une hypertrophie considérable du foie vient-elle à se compliquer de cholémie, sans qu'on trouve de lésions appréciables de l'angichole, *on est porté à admettre qu'il existe, soit dans les granulations hépatiques, soit dans quelques points de l'or-*

‧e, *des causes mécaniques qui mettent obstacle au cours de la bile.*

Marche, durée, pronostic, étiologie, pathogénie.

8451. L'ordre dans lequel les symptômes des angicholosténosies déclarent, la durée de ces états organopathologiques, sont en-rement subordonnés à la circonstance organique qui leur donne n. Pour s'en faire une juste idée, il faut en connaître la pathogé-, et celle-ci est établie dans les considérations qui précèdent.

8452. Nous en dirons autant relativement aux causes des ré-écissements angicholiques. Elles ont été évidemment étudiées pré-lemment (n° 8430). Elles le seront encore lorsque nous traiterons, ns les articles suivants, des diverses hépathies qui ont parfois pour ultats les sténosies des voies biliaires.

Thérapeutique.

8453. Dans le traitement des sténosies angicholiques, il faut con-érer deux choses : 1° la curation des très-nombreux états orga-ques dont ces rétrécissements peuvent être les causes ; nous l'avons posée, ou encore nous l'établirons dans les autres parties de cet vrage (voyez les chapitres dystopies, dysmorphies, hémies, hé-rrhagies, phlegmasies, hétérotrophies, lithies, hydatydies, etc., patiques ou angicholiques) ; 2° la thérapeutique du rétrécissement -même considéré indépendamment des causes qui le déterminent, , les indications qui se rapportent à cette grande division du trai-nent se réduisent aux suivantes.

Il faut chercher à surmonter l'obstacle produit par la sténosie.

8454. 1° *Chercher à surmonter la résistance opposée par la sténo- au cours de la bile, et cela par des puissances agissant en deçà du ré-cissement.* D'abord *on peut songer* à augmenter l'énergie du cœur, i, par la médiation de la colonne de sang en circulation dans l'ar-e hépatique et dans la veine-porte, est en partie le moteur de l'ex-tion biliaire ; mais il est évident qu'il faut peu compter ici sur des yens capables d'activer l'action cardiaque, car ils favoriseraient itôt le développement d'une hémie ou d'une phlegmasie hépatique 'ils ne remédieraient à la sténosie biliaire. Ensuite on peut ercher à augmenter la sécrétion du foie au moyen de quelques mé-camens exerçant une action spéciale sur cet organe ; mais mal-ureusement on ne connaît guère de substance qui soit propre à oduire un semblable effet. Celles que l'on suppose être dans ce s sont aptes aussi à remplir un autre but que voici : — On peut ercher à solliciter des contractions brusques et répétées, soit du

diaphragme, soit des muscles abdominaux, pour qu'une pression énergique soit exercée sur le foie, sur la vésicule et sur les conduits biliaires. C'est au moyen des émétiques, et particulièrement du tartrate antimonié de potasse, que l'on obtient un semblable effet; cette médication m'a été éminemment utile dans plusieurs cas de sténosies suites de phlegmasies ou de calculs biliaires. Sous son influence, la cholémie causée par les rétrécissements angicholiques s'est parfois dissipée très-promptement. Quand on donne des émétiques dans de tels cas, il faut que leur dose soit assez élevée pour qu'ils produisent des vomissements. Du reste, s'il arrive que la vésicule du fiel soit très-distendue par la bile au-dessus d'une sténosie cholédocique, il faut craindre d'en déterminer la rupture; de là vient qu'on ne doit alors provoquer des secousses du diaphragme qu'avec ménagement.

4855. Probablement, certains purgatifs, tels que l'extrait de coloquinte, la gomme gutte, etc., irritant la membrane interne du duodénum, donneraient lieu à une utile contraction de l'angichole. Enfin *des moyens mécaniques portés sur le fond de la vésicule du fiel* peuvent, dans certains cas, avoir de l'efficacité. De ce nombre sont d'abord : *des frictions, des pressions faites avec la main sur le lieu où la plessimétrie permet de constater le siége de la vésicule.* Dans quelques cas de cholémie, lorsque les caractères physiques annotés précédemment (n° 8436) me portaient à admettre l'existence d'une sténosie cholédocique, j'ai vu, en quelques heures et à la suite de telles pressions (exercées du reste avec prudence), la vésicule se vider, de la matité survenir dans le ventre, et des selles bilieuses très-abondantes avoir lieu. En peu de jours, la cholémie se dissipait. Un bandage approprié à la forme de l'abdomen et de la cystichole peut aussi comprimer le fond de celle-ci et agir efficacement. Des douches froides données dans de semblables circonstances me paraissent être indiquées.

On doit chercher à rendre la bile plus aqueuse.

5856. 2° Une seconde indication consiste à ajouter, s'il se peut, de l'eau *à la bile, et cela à l'effet de la rendre plus apte à traverser les rétrécissements ou à surmonter, par suite de son accumulation successive les résistances qu'elle trouve à son parcours.* Or, l'emploi des boissons aqueuses données à doses fréquentes et répétées, celui des bains et des lavements également très-liquides, sont les principaux moyens de remplir cette indication. Du reste il ne faut pas employer ceux-ci au hasard et sans discernement. En effet, si la sténosie ne se dissipait pas, si les quantités de bile accumulées au-dessus d'elle aug-

ıtaient sans cesse, une dilatation des voies biliaires et du foie .ée jusqu'à la rupture pourrait à la rigueur en être la conséquence.

457. 3° Enfin *on a proposé divers médicaments auxquels on a sup- la propriété de dissoudre la bile et les calculs biliaires.* Parmi ceux- .e mélange d'éther et de térébenthine, dit *remède de Durande,* tient remier rang. Lors de l'étude des chololithies, nous ferons voir en général de tels remèdes sont dépourvus de toute efficacité.

458. Toutes les fois, en définitive, que l'on songe à remédier ectement aux sténosies, il faut combiner avec les moyens qu'on y ose les médications en rapport avec les états organopathologiques lui donnent lieu.

CHAPITRE VI.

ANGICHOLECTASIES
(Dilatation des voies d'excrétion de la bile).

459. Les dilatations des conduits et de la vésicule biliaires sont sque constamment les résultats de quelque rétrécissement ou de lque obstacle à l'excrétion de la bile.

460. On trouve fréquemment sur le cadavre à la suite, soit de egmasies, soit de chololithies ou encore de tumeurs qui entourent conduits hépatiques, etc., une dilatation parfois énorme des voies aires. Dans tous ces cas, il y a évidemment un rétrécissement plus noins complet des vaisseaux dont il s'agit au-dessous des points tés. L'ectasie de la vésicule, lorsqu'il s'agit d'une sténosie cho- ɔcique (n° 8431), est souvent portée au double, au triple du vo- e nomal de ce réservoir dont les parois, comme celles des canaux aires, sont le plus souvent alors hypertrophiées. Dans quelques de rétrécissement existant au canal cystique, il arrive parfois, tout lorsque des calculs se trouvent renfermés dans la vésicule, des liquides séreux, muqueux, parfois puriformes ou purulents, t accumulés dans la cysticholc, sans qu'on y trouve le moins du nde des fluides analogues à la bile, etc. Les conduits excréteurs, eloppés au-dessus d'une sténosie, acquièrent parfois une très- nde dimension. J'ai vu le conduit hépatique presque aussi gros le doigt indicateur, et ses branches ou ses rameaux, ordinaire- nt capillaires, présenter dans le foie un développement propor- nné. Ceci avait particulièrement lieu lorsque la sténosie angicho- ie était très-ancienne; une cholémie rebelle en avait été la coïn-

cidence constante; alors aussi les granulations hépatiques étaien très-développées, souvent jaunâtres, et l'ensemble du foie *présentai aussi un volume considérable. J'ai vu, dans de tels cas, cet organe presque doublé de dimension.* Une quantité considérable d'une bile épaisse, très-verte, brunâtre, ou presque noirâtre, se trouvait dans les voie biliaires qu'elle distendait considérablement. Parfois même la consistance de cette bile était pâteuse. C'est principalement, dans d telles circonstances et lorsqu'en même temps le foie contenait de productions anomales enkystées ou non enkystées, que nous avon vu celles-ci colorées par places, en vert pâle ou olive, en jaune ou e rouge brun. Cette disposition donnait à la surface d'une coupe fait à l'organe hépatique, l'aspect d'un granit diapré des plus riches couleurs. Ces teintes étaient dues évidemment aux principes que la bil contient et qui, plus ou moins abondants et rapprochés, parfois mélangés avec du sang en proportion variée, avaient donné leurs teintes au foie et aux substances déposées dans son tissu.

8461. L'étude des angicholectasies a été exposée ou le sera dan d'autres parties de cet ouvrage. (Voyez pour la symptomatologi et pour le diagnostic, le n° 8442, pour l'étiologie et la pathogénie les nos 8533 et suiv., pour la thérapeutique, le n° 8453).

CHAPITRE VII.

HÉPATOHÉMIE [1]

(Congestions sanguines du foie).

HÉPATITE

(Inflammation du foie).

8462. Autant il nous a été facile de distinguer, sous les rapport pratiques, les sténosies angicholiques des états organiques qui e sont les causes ou les effets, autant nous éprouvons de difficulté séparer ce que les auteurs appellent congestion du foie de ce qu'il désignent sous le nom de phlegmasie hépatique. On range en général, parmi les inflammations des organes biliaires, une infinit d'états organopathologiques parmi lesquels se trouvent et des congestions de diverses sortes et des hétérotrophies hépatiques de nature variée. Aussi devons-nous, avant toute chose, nous renferme dans le sens rigoureux de la nomenclature. Nous considérerons seu

(1) Par abréviation, hépatémie.

ment comme hépatémie l'accumulation simple du sang dans les ca-
és du foie (vasculaires ou parenchymateuses) où il se trouve no-
lement. Nous étudierons comme hépatites les cas aigus dans les-
els, en sus de la congestion du foie, il y a encore de la douleur,
la chaleur, une tendance à la formation du pus et des altérations
ns la sécrétion de la bile.

8463. Or, ce n'est pas ainsi que les auteurs ont considéré ces af-
tions. Il est inutile de rappeler ce que les anciens nous ont laissé sur
épatite; car leurs idées sur ce sujet n'étant point fondées sur l'a-
tomie pathologique et sur les distinctions qu'il faut de toute né-
ssité établir entre les espèces morbides, il en est résulté un vague
rême relativement aux inflammations du foie. Ils se sont plutôt
achés à décrire les conséquences de celles-ci ou les abcès du foie
e l'hépatite proprement dite. Les modernes eux-mêmes ont vai-
ment cherché sur les cadavres des caractères propres aux hémies
aux phlegmasies hépatiques. On lira avec beaucoup d'utilité les
cherches et les réflexions consignées sur ce sujet dans le Traité
natomie pathologique de M. Andral. Certes le talent d'observa-
n ne manquait pas aux médecins qui se sont occupés des maladies
uës du foie; mais c'étaient les moyens d'exploration, pendant la
, qui leur faisaient défaut. Nous croyons que la plessimétrie a éclairé
questions dont il s'agit plus que n'ont pu le faire les recherches
croscopiques rapprochées même de l'étude des symptômes. Les con-
érations qui vont suivre justifieront les assertions précédentes.

Nécrorganographie.

Hépatémie.

8464. Dans un très-grand nombre de cas où le foie est sensi-
ment et quelquefois énormément augmenté de volume (n° 8409),
organe est beaucoup plus rouge qu'à l'ordinaire, les vaisseaux
principalement les veines y sont extrêmement distendus par du
ng; les granulations qui le constituent paraissent elles-mêmes hy-
trophiées, et les parties de celles-ci qui, dans l'état nomal, ont
considérées, à cause de leur teinte jaunâtre, comme formant une
stance spéciale, ne se distinguent presque plus, pour la couleur,
autres points des lobellules hépatiques. Si l'on vient à couper le
e par tranches, on voit ruisseler de ses vaisseaux une proportion
table de sang, et de la surface même des granulations divisées
ntent des gouttelettes de ce liquide. Si l'on vient à presser sur ces
nches, il en résulte un écoulement marqué de sérosité contenant

en suspension une grande quantité de globules rouges, et le tissu hépatique, après cette compression, a perdu une grande partie de son poids et de son volume; en même temps, les ramifications de la veine-porte et les cavités droites du cœur ainsi que les poumons contiennent presque toujours une très-grande proportion de sang.

Hépatémie phlegmasique. — Hépatite sclérosique.

5465. Telle est l'hépatémie observée sur le cadavre. Or, il serait fort difficile de dire en quoi elle diffère, comme caractère anatomique, du premier degré de l'hépatite, ou *hépatémie phlegmasique*, dont il faut bien admettre l'existence, alors que nous voulons, comme on l'a fait, comparer les inflammations du foie à celles des poumons. Peut-être que la microscopie ferait trouver, dans la phlogose commençante de l'organe hépatique, quelques altérations dans la structure et dans la consistance des vaisseaux, quelque extravasation de sang ou de lymphe plastique qui n'aurait pas lieu dans la simple congestion; mais de telles recherches sont encore à faire. Dans un degré plus avancé du mal ou *hépatite sclérosique*, il y aurait solidification du sang dans le tissu; ce liquide ne s'écoulerait plus de la surface hépatique divisée, et l'apparence du foie devenu très-dur serait très-rouge. Il est probable que, dans des cas extrêmes, les granulations seraient moins distinctes et en quelque sorte plus confondues entre elles. Les auteurs du *Compendium* admettent aussi que le sang est infiltré entre les granulations (p. 583).

5466. Ailleurs et dans des cas où, pendant la vie, les symptômes aigus ont porté à croire qu'il existait une phlegmasie hépatique, le tissu du foie était sensiblement plus mou qu'à l'ordinaire. Parfois il nous a semblé que les granulations hépatiques étaient comme séparées les unes des autres, par suite de la destruction des éléments organiques interposés entre ces mêmes granulations; il se peut faire encore que le ramollissement phlegmasique soit porté au point de convertir les portions du foie qui en seraient atteintes en une sorte de magma rougeâtre de la consistance d'une bouillie épaisse ou d'une rate ramollie.

5467. Les auteurs ont inutilement cherché les caractères précis et propres à distinguer entre eux les états précédents. Les uns ont mentionné les altérations de coloration : l'aspect rouge vermeil a été considéré comme appartenant à la phlegmasie; des teintes brun-rougeâtre et foncées ont été regardées comme étant plutôt en rapport avec la congestion (*Compendium*, article Hépatite, p. 534); Annes-

ley a trouvé dans l'hépatite, observée par lui dans l'Inde, des colorations foncées et des taches rouges grisâtres ou brunâtres accompagnées d'induration. On a noté encore une sorte d'infiltration de sang dans le tissu intergranuleux et dans les voies biliaires, comme étant en rapport avec l'hépatémie phlegmasique. L'accroissement de volume appartient tout autant à la congestion qu'à la phlogose hépatique. Le ramollissement rouge accompagné de congestion a été considéré par plusieurs modernes comme l'indice d'une inflammation jécorale; mais on conçoit que la simple hypérémie, qu'une stase sanguine ayant quelque durée, pourrait, pour le foie ainsi qu'il en arrive pour les poumons, être suivie du ramollissement rouge de l'organe sécréteur de la bile. La cholémie n'est point en elle-même un signe d'hépatite et indique seulement quelque trouble dans la sécrétion ou dans l'excrétion de la bile.

Hépatitopyite.

8468. L'hépatitopyite ou la suppuration du foie, à la suite de la phlegmasie de cet organe, est un état organopathologique fort distinct des précédents, dont il peut être la conséquence. Son traitement n'étant en aucune façon le même que celui des congestions et des phlegmasies proprement dites, nous lui consacrerons un article séparé à la suite de celui-ci. Contentons-nous de dire ici que la présence du pus infiltré ou en foyer dans le foie est l'indice, non pas qu'un travail phlegmasique ait existé dans cet organe au moment de la mort, mais qu'une phlogose a dû précéder, au moins le plus souvent, la formation du liquide purulent.

Phlegmasies circonscrites.

8469. On a fait remarquer avec raison (*Compendium*) que dans les cas où quelques portions du foie sont exclusivement atteintes de phlegmasie, les caractères de celles-ci deviennent plus apparents et moins contestables. Lorsque l'on voit, par exemple, un certain nombre de granulations être plus développées, plus rouges, plus molles, moins distinctes qu'à l'ordinaire, et lorsque, d'ailleurs, il a existé pendant la vie des signes en rapport avec une inflammation du foie, il devient à peu près certain qu'il s'est véritablement agi d'une affection phlegmasique. Les auteurs admettent que l'inflammation occupe tantôt la face convexe et tantôt la face concave, et ils la décrivent dans l'un et l'autre cas ; il est à craindre que l'on ait souvent pris pour de véritables hépatites : des péritonites ; des méningo-hépatites ; des cysticholites ; ou encore des abcès enkystés situés sur la face su-

périeure ou inférieure de l'organe biliaire. J'avoue, pour ma part, n'avoir point observé de phlegmasies ainsi bornées à la superficie diaphragmatique ou abdominale du foie.

8470. Les caractères de l'hépatite chronique ont été, pour les auteurs, un objet des plus grands doutes et de la confusion la plus déplorable. La raison en était qu'on avait considéré comme inflammation du foie les suites de l'état phlegmasique, ou les innombrables états morbides dont le foie est susceptible. L'aspect jaunâtre du foie, consécutif aux tubercules pulmonaires, les cirrhoses, les carcinies hépatiques, etc., ont été donnés comme des phénomènes anatomiques en rapport avec un état inflammatoire. *Il en a été ainsi de cet aspect grisâtre, bleuâtre, existant seulement à la superficie du foie, état que l'on trouve assez fréquemment*, et qui, peu connu encore dans sa nature, n'est certainement pas lié à une hépatite actuelle, et pourrait tout au plus être un de ses résultats éloignés. Tous les caractères de l'inflammation aiguë se rencontreraient dans les phlegmasies chroniques, ou sans cela il ne s'agirait pas le moins du monde d'une véritable phlogose. Considérer enfin, en médecine, des abcès ou des infiltrations purulentes comme des inflammations, ce serait faire exactement la même faute que commettrait un chirurgien qui verrait une phlegmasie dans le pus disséminé ou accumulé en foyer dans un membre.

8471. Bien entendu que l'état dit : hépatite, coïncide parfois avec une foule d'autres lésions pathologiques (phymies, carcinies, chololithes, hydatidies, etc.), dont il peut être, suivant les cas, la cause, la complication ou l'effet.

Biorganographie.

8472. L'augmentation de volume du foie survenue rapidement est, pendant la vie, la condition principale qui permet de reconnaître la congestion hépatique. Un prompt accroissement de certaines parties de l'organe, d'où résulte évidemment une modification dans sa forme totale, est l'indice le plus probable de l'existence d'une congestion bornée à quelque point du foie. La réunion d'une douleur vive sur l'espace qui correspond au lieu où l'organe volumineux rencontre, est la circonstance la plus propre à faire croire qu'il s'agit d'un état inflammatoire. Bientôt nous reviendrons sur cet important caractère; l'augmentation du foie sur un point limité de son étendue, avec la coïncidence d'une souffrance aiguë sur cette même partie, est un motif grave de croire à l'existence d'une phleg-

masie hépatique partielle. C'est surtout au voisinage du bord hépatique inférieur que ce caractère est précieux. S'il arrive, sous l'influence d'une saignée abondante (comme il convient d'ordinaire de la pratiquer dans de tels cas), que le volume du foie diminue promptement et d'une manière très-marquée, alors tout porte à croire : qu'il existe seulement une hépatémie ; que le sang n'est pas combiné avec le tissu de l'organe ; qu'il circule dans les vaisseaux, et qu'il n'existe pas de coagulations ou de couches plastiques. Le contraire a lieu dans une circonstance opposée. Lorsqu'à l'état aigu, et surtout avec coïncidence de fièvre, le foie hypertrophié reste longtemps douloureux ; lorsque, dans un espace bien circonscrit, cette douleur *persiste*, on doit craindre qu'il ne se forme du pus, ou du moins que des lésions matérielles entretiennent le travail phlegmasique observé.

8473. La palpation, dans l'hépatémie et dans l'hépatite donne, relativement à la disposition du bord inférieur du foie, des documents qu'il est bon de rapprocher des résultats plessimétriques. En effet, les saillies que ce bord présente, la douleur que la pression y cause, peuvent ici éclairer puissamment le diagnostic.

Symptomatologie. — Douleur.

8474. L'hépatémie, portée à un certain degré, est accompagnée d'une sensation vague de pesanteur, de barre transversale à la hauteur de l'épigastre et de l'hypochondre. Cette sensation est ordinairement plus prononcée lorsque le corps du malade est dans une situation verticale, ou lorsqu'il repose sur le côté gauche. Une telle douleur a été souvent et faussement attribuée à une gastrite ; *elle a son siége sur le lieu occupé par le foie, et non sur celui qui correspond à l'estomac* (nos 7369, 7370) ; elle augmente à proportion que l'hépatémie est plus forte ; parfois, alors, *elle est accompagnée d'une névralgie intercostale à droite qui se propage jusqu'à l'épaule.* Dans quelques cas où l'hépatémie est assez considérable, les malades ne se plaignent presque point de douleurs. Celles-ci sont constantes dans l'hépatite ; car il est difficile de considérer comme véritablement phlegmasiques les cas où le foie malade ne donnerait lieu à aucune sensation pénible. Le plus souvent la douleur est alors très-vive, lancinante, pulsative et limitée à une étendue circonscrite et nettement déterminée. Elle est en général plus forte vers un point du lieu où la souffrance se fait sentir, et elle augmente sensiblement par la pression et par la plessimétrie (alors que la plaque d'ivoire n'est pas convenablement maintenue entre les doigts). Dans la simple hépatémie,

au contraire, la douleur est vague et non circonscrite; elle diminue ou cesse à la suite d'une large évacuation sanguine ; dans l'hépatite franche, elle résiste davantage, et elle est seulement calmée par l'emploi de ce moyen. En général, *et encore une fois, une douleur fixe continue, aiguë, limitée, persistante, circonscrite dans l'étendue d'une surface où la plessimétrie permet de reconnaître le foie, est le caractère le plus positif de l'hépatite et le plus propre aussi à la distinguer de l'hépatémie.*

Altérations dans la sécrétion.

8475. La sécrétion biliaire est beaucoup moins qu'on ne l'a dit, influencée par la congestion et par l'inflammation du tissu hépatique. C'est seulement dans les cas où il existe des obstacles mécaniques au cours de la bile (obstacles qui ont été ainsi la cause de l'hépatémie, n° 8436), que la cholémie accompagne la tuméfaction pléthorique du foie. Il en est ainsi de l'hépatite des granulations. Tant que le mal occupe les vaisseaux sanguins de celles-ci, il n'y a pas de jaunisse. Tant qu'il siége dans le tissu sécréteur, de deux choses l'une, où il y a encore sécrétion de la bile, et alors elle s'écoule par les canaux sans être résorbée, et, par conséquent, sans qu'il survienne de cholémie, ou le fluide dont il s'agit n'est plus formé, et, dans ce cas, l'ictère ne saurait avoir lieu. Qu'on ne dise pas qu'alors le sang contenant préalablement les matériaux de la bile, ceux-ci ne pouvant être évacués restent en circulation et vont causer l'ictère; car il est fort rare que toutes les granulations du foie soient en même temps affectées, et alors celles qui resteraient saines suffiraient pour extraire du sang les principes colorants biliaires que ce fluide contiendrait.

8476. Sans doute, le foie enflammé doit être le siége de quelques modifications dans la sécrétion. Il se peut faire : que, dans l'hépatite, cette sécrétion soit augmentée, diminuée ou suspendue; qu'elle soit modifiée, c'est-à-dire que le fluide biliaire devienne différent de ce qu'on l'observe à l'état nomal. Il se peut qu'il soit remplacé par des écoulements de sérosité, de sang, etc.; tout porte même à croire que la sécrétion de la bile serait augmentée dans la simple hépatémie. Mais toutes ces choses ne sont rien moins que démontrées; et il est, en effet, fort difficile de les établir nettement. L'inspection des selles (toujours plus ou moins mélangées avec les mucosités ou avec les fèces) fait imparfaitement juger des qualités et même des quantités de la bile. La distension de la vésicule ne pour-

rait guère faire constater l'hypercrinie biliaire; car cette distension n'a pas lieu, alors que le conduit cholédoque est libre et lorsque le fluide biliaire coule continuellement au dehors. Ce sont donc les analogies de ce qui est observé dans d'autres affections des organes glanduleux, plutôt que les faits rigoureusement observés du côté du foie, qui conduisent à admettre que, dans l'hépatite et dans l'hépatémie, la sécrétion est altérée ou augmentée. Nous verrons bientôt, à l'occasion des angicholorrhagies, quels sont les cas dans lesquels on a trouvé, à la suite de certaines congestions ou de certaines phlegmasies, du sang épanché dans les vaisseaux excréteurs du foie.

Altérations dans les digestions.

8477. Sous l'influence de l'hépatémie ou de l'hépatite simple, les digestions sont moins altérées que ne l'ont écrit les auteurs. Dans ces affections, la bile parvient encore dans l'angibrôme. Du reste, on observe alors assez souvent des symptômes vers l'estomac ou vers les intestins. De ce nombre sont des douleurs, de la gêne dans l'action gastrique, des vomissements, des difficultés ou de la rareté dans l'excrétion alvine, phénomènes qui peuvent être les résultats de l'augmentation survenue dans le volume du foie (n° 8416). D'ailleurs, les accidents nombreux qui ont lieu dans les organes circulatoires et respiratoires par suite de la souffrance aiguë du foie, sont aptes à occasionner des altérations très-variées dans la digestion.

Altérations dans l'hématose, état fébrile, panhypérémie.

8478. Le rôle du foie, comme agent d'hématose, doit être modifié dans l'hépatémie et dans l'hépatite. De là, peut-être, certains phénomènes fébriles continus qui sont souvent observés dans les états organopathologiques précédents.

8479. Il est des cas d'hépatémie dans lesquels la circulation est peu troublée. Mais, lorsque ce viscère est congestionné outre mesure, il y a bientôt trop de sang en circulation. De là un pouls plein et fort, de la rougeur dans tous les tissus, enfin des phénomènes de la panhypérémie. Le foie vient-il à être enflammé, tantôt (lorsqu'il y a beaucoup de sang), ces mêmes symptômes de pléthore sont observables, et tantôt (dans le cas contraire) il n'y a que de la fréquence dans la circulation et une chaleur anomale.

Dyspepie, troubles dans la respiration, et altération dans les organes qui en sont chargés.

8480. La dyspnée est la conséquence directe du volume que présente le foie dilaté ou enflammé, du trop de sang qui reste dans l'ap-

pareil circulatoire et de l'activité survenue dans les mouvements du cœur. Elle peut aussi résulter des altérations du sang consécutives à l'hépatite. Cette difficulté de respirer, parfois extrême, s'augmente souvent, alors que la douleur hépatique gêne l'abaissement du diaphragme.

Rien n'est plus fréquent que le développement de pneumonémies (n° 6745), de pneumonites (n° 6853), de bronchites (n° 6222), résultant des troubles circulatoires et respiratoires qui sont les suites de l'hépatémie et de l'hépatite.

Congestions dans la veine-porte, hémorrhoïdes.

8481. Ces deux derniers états organiques sont parfois suivis de gêne à la circulation dans la veine-porte, de stases sanguins, d'hémorrhoïdes enfin (° 7740), qui ne sont pas le moins du monde les résultats de je ne sais quel être hémorrhoïdaire gratuitement supposé, mais qui tiennent en partie, sans doute, à la gêne du retour du sang à travers les vaisseaux capillaires hépatiques.

Synorganopathies.

8482. La plupart des autres symptômes qui se manifestent dans une foule de cas d'hépatémie ou d'hépatite, ne sont pas des conséquences directes de celles-ci, mais bien des coïncidences, des complications, ou parfois même des causes organiques. Les affections qui se montrent le plus souvent dans de tels cas, sont : 1° les angicholites dont il sera bientôt parlé; 2° la panhypérémie et l'hémite; 3° la phlébite ; 4° les cardiopathies ; 5° les gastrentéries ; 6° l'encéphalite, etc

Symptômes de l'hépatite partielle.

8483. Les symptômes de l'hépatite partielle présentent quelques caractères spéciaux. C'est ainsi : que la gêne de respirer augmentant surtout lors de l'inspiration ; que la présence d'une douleur fixe, profonde et correspondant à la portion droite de la voûte diaphragmatique, sont les conséquences fréquentes des phlegmasies de la face convexe du foie. On affirme au contraire que la douleur sous-hépatique, que la cholémie, les nausées et les vomissements fréquents, sont en rapport avec les inflammations de la face concave.

Marche, durée, terminaisons, pronostic.

8484. La manière dont se déclarent et se succèdent les symptômes de l'hépatémie et de l'hépatite n'a rien de constant, et ne peut être établie de la manière dont le font les livres dans lesquels les auteurs ont pris à tâche d'étudier les maladies comme des unités fixes. Tan-

tôt la congestion hépatique se manifeste peu à peu sous l'influence de causes dont l'action est lente; tantôt, au contraire, elle se déclare brusquement, alors que des agents puissants viennent à modifier promptement la structure du foie. L'hépatite franche est, en général, plus aiguë dans son invasion et dans sa marche. Il arrive fréquemment qu'après des symptômes de simpe congestion, se dessinent lentement, ou tout à coup, les phénomènes de la phlegmasie du foie, qui ne peut durer quelques jours, ou tout au plus une ou deux semaines, sans être suivie d'accidents variés, de transformations, de productions nouvelles. Ces phénomènes ne sont plus de véritables inflammations : la congestion hépatique, au contraire, étant, comme nous le verrons, en rapport fréquent avec des altérations de structure, avec des emphraxies vasculaires, cardiaques ou pulmonaires, et pouvant exister assez longtemps, sans que le tissu hépatique en soit pour cela très-altéré, il en résulte que l'hépatémie est susceptible de se prolonger pendant un temps considérable. Les auteurs font mention de faits semblables. Des causes matérielles persistantes produisent souvent la congestion jécorale; on la voit souvent se reproduire, alors qu'elle était disparue sous l'influence d'un traitement approprié.

8485. L'hépatémie se termine très-ordinairement par le retour à un état nomal du foie. Ceci a lieu : tantôt d'une manière brusque, alors que des évacuations abondantes de sang ou de sérosité ont lieu, et aussi lorsque les emphraxies angicholiques cardiaques ou pulmonaires qui causaient la congestion hépatique, viennent à cesser brusquement; tantôt avec lenteur, alors que les causes organiques du mal se dissipent seulement d'une manière graduée.

Cas dans lesquels le mal continue ou récidive.

8486. Il est des circonstances nombreuses dans lesquelles l'hépatémie ne cesse pas complétement, ou récidive après une suspension apparente : c'est lorsqu'il existe des obstacles permanents au retour du sang, ou encore des hétérotrophies propres à gêner la circulation dans le foie, ou enfin quelque angicholosténosie qui s'oppose au libre écoulement de la bile. Des modifications profondes dans la nutrition du foie peuvent être les conséquences non-seulement de l'inflammation, mais encore des congestions persistantes de cet organe.

8487. L'hépatite est susceptible de se terminer par résolution; ce qui, sans doute, arrive le plus ordinairement. La formation du pus

infiltré (hépatopyite), ou réuni en foyer (hépatopyite kystoïde), est heureusement moins fréquente. Les autres terminaisons des inflammations, telles que les hétérotrophies, les malaxies, les sclérosies, les nécrosies, etc., peuvent avoir lieu pour l'hépatite. Enfin la phlegmasie persiste quelquefois sur certains points, tandis que, sur d'autres, les lésions organiques dont il vient d'être parlé se manifestent.

Étiologie. Pathogénie.

8488. Les causes organiques des congestions et des phlegmasies du foie peuvent être rattachées à des modifications survenues dans les vaisseaux sanguins ou dans le sang qui les traverse. Il en est ainsi des obstacles aux circulations cardiaques pulmonaires ou phlébo-hépatiques. C'est ce qui a lieu dans les cardiopathies et surtout dans les sténosies de l'aorte, du cœur, de la phlébartère (n[os] 1615, 2293), dans les emphraxies bronchiques de diverses sortes (bronchorrhée, angiairaphrosie, etc.) ; dans les hémoplasties cardiaques étendues à la veine-cave inférieure. Ici, la manière dont le foie se congestionne d'abord, puis s'enflamme, est la conséquence directe d'un arrêt de circulation derrière lequel cet organe est tuméfié par le sang, et finit par devenir très-douloureux.

8489. Une panhypérémie considérable, surtout lorsque les voies ordinaires d'évacuation n'ont pas lieu et que le malade continue à prendre abondamment de la nourriture, peut être la cause d'hémie et de phlegmasie hépatiques. Il en est ainsi de certains états spéciaux du sang, tels que *la suspension dans le sérum de globules fibrineux non solubles et plastiques* (hémite), et cette circonstance donne plutôt lieu à l'hémitohépatite qu'à l'hépatémie. La présence du pus dans le sang, due à l'absorption ou à une phlébite, peut être encore dans le même cas. Certaines toxémies spéciales, ainsi qu'il en arrive dans la fièvre jaune, déterminent évidemment des congestions et des inflammations hépatiques. Ici l'agent délétère inconnu qui, mélangé au sang, trouble la plupart des fonctions de l'économie, porte une action très-énergique sur le foie et agit sur cet organe de préférence peut-être à tout autre viscère. C'est une sorte d'affinité ou de convenance moléculaire entre le miasme de la fièvre jaune et le tissu hépatique.

8490. Une augmentation marquée dans l'impulsion que le cœur communique au sang artériel qui pénètre dans le foie, la phlegmasie de la veine-porte chez l'adulte ou de la veine ombilicale chez le fœ-

s, pourraient encore produire des congestions ou des phlegmasies patiques.

Causes agissant sur les conduits biliaires.

8491. D'autres causes d'hépatémie ou d'hépatite agissent évi-mment par la médiation des conduits biliaires. On suit très-bien, ns un grand nombre de cas, la progression des phénomènes que ici : quelques douleurs se déclarent sur le trajet des vaisseaux de bile; la vésicule se tuméfie; le foie augmente de volume, et ces ux derniers états organiques augmentent d'une manière incessante simultanée; en même temps la cholémie survient. Souvent le foie vient très-douloureux, la circulation s'accélère, la chaleur aug-ente, en un mot, l'hépatite succède à la congestion, consécutive e-même à la sténosie angicholique. L'arrêt dans l'excrétion bi-ire est si bien alors *la cause matérielle* de l'hémie et de la phleg-asie, que ces dernières affections se dissipent tout d'abord que la le a repris son cours. Les angicholites causent aussi l'hépatite, it par l'extension de la phlogose au parenchyme du foie, soit par s arrêts qu'elles apportent à la marche du fluide sécrété. La duo-nite produit encore les phlegmasies hépatiques, en se propageant conduit cholédoque, et par suite à la glande elle-même.

Causes agissant sur le tissu du foie.

8492. Dans un troisième ordre de faits, c'est le tissu du foie lui-ème, ce sont les vaisseaux capillaires sanguins ou biliaires des anulations qui éprouvent directement des altérations d'où résul-it et leur congestion et leur phlegmasie. Ceci peut avoir lieu à l'é-t aigu, et c'est de cette façon que, sous l'influence d'une forte con-sion, d'une chute sur le côté droit ou d'une blessure, on voit brus-ement survenir une augmentation dans le volume du foie. J'ai vu lle-ci être portée par delà les dimensions de l'état nomal, à inze ou vingt centimètres de haut en bas, et à plus de vingt cen-nètres d'un côté à l'autre. Rien n'est plus fréquent que des faits de genre dont la plessimétrie donne la preuve positive. J'en ai pu-ié quelques-uns, et j'en ai vu un beaucoup plus grand nombre dont ne puis donner ici les observations particulières.

8493. Les hétérotrophies du foie déterminent chroniquement s congestions ou des phlegmasies hépatiques. Soit, en effet, que s productions tuberculeuses ou cancéreuses, déposées ou dévelop-es dans les granulations hépatiques, gênent la circulation qui s'y ère, soit qu'elles agissent de temps à autre à la façon des stimu-

lants, on voit sur les personnes qui les portent survenir des intumescences de l'organe hépatique qui, cédant en partie aux pertes artificielles de liquides, se reproduisent trop souvent (n° 8478).

Hépathies dans le premier âge de la vie.

8494. A la naissance, époque à laquelle le foie présente un très-grand volume et où il est chargé des fonctions d'hématose les plus importantes, à cette époque où la veine ombilicale tend à s'oblitérer, les moindres troubles dans la circulation des vaisseaux jécoraux sont suivis d'hépatémie, d'hépatite, d'angicholosténosie et de cholémie.

Circonstances qui favorisent la production des hépatémies et des hépatites.

8495. Les causes de la congestion et de l'inflammation du foie sont donc nombreuses et variées, une infinité de circonstances sont susceptibles d'occasionner et de déterminer, soit directement, soit indirectement, l'hépatémie et l'hépatite. C'est en général dans les premiers jours de la vie, c'est à l'âge adulte et chez les sujets panhyperhémiques dont le système veineux est le siége d'ectasies habituelles, c'est chez les grands mangeurs, c'est dans les saisons et dans les climats chauds (tels que les Indes) où la bile semble parfois plus épaisse à cause de l'évaporation si facile alors de la sérosité du sang, que l'on voit le plus fréquemment se développer l'hépatémie, l'hépatite et les hémorrhagies angicholiques. Les époques de la vie de la femme où les congestions du foie deviennent les plus communes sont, d'une part, l'époque critique, et, de l'autre, les jours les plus rapprochés de l'écoulement menstruel. Les circonstances qui y donnent lieu sont celles qui arrêtent brusquement l'utérorrhagie nomale. Ceci est principalement vrai des femmes qui d'ordinaire sont très-abondamment réglées. La manière de vivre, les professions qui favorisent le plus la pléthore, exposent aussi aux congestions hépatiques. Les écarts de régime sont dans le même cas. On voit fréquemment les angibrômites précéder le développement de l'hépatémie et de l'hépatite, et l'on sait qu'à Alger, dans les contrées intertropicales, très-souvent la colorectite précède et accompagne des nuances variées d'hépatite (n° 7993).

Diverses espèces d'hépatémie et d'hépatite.

8496. Dans les considérations précédentes, nous avons, à l'imitation des auteurs, supposé l'hépatémie et l'hépatite comme étant chacune simple dans sa nature. Il est évident qu'il n'en est pas ainsi et qu'il doit exister encore ici plusieurs lésions différentes réunies en général sous les noms collectifs de congestion ou d'inflammation

[d]u foie. Conformément aux principes établis par nous à l'ocasion de [l'h]istoire des pneumonémies et des pneumonites, nous pourrions [adm]ettre les espèces suivantes :

HÉPATÉMIE	traumatique (produite par des blessures). panhyperhémique (suite de la plethore). acardiosthénique (due à un défaut d'action du cœur). phlebostasique (en rapport avec des stases veineuses). cholostasique (résultant d'obstacles au cours de la bile).
HÉPATITE	traumatique (suite de blessures). hémitohépatite (résultat de l'état couenneux du sang). hémopyohépatite (suite de la présence du pus dans le sang). hépatitopyite (abcès inflammatoire du foie). toxicohépatite (hépatite produite par des poisons).

8497. Nous n'avons pas voulu, dans l'article qui précède, suivre [ce]s divisions, parce qu'elles nous eussent conduit à lui donner une [ét]endue démesurée. D'ailleurs, un grand nombre des considérations [pr]écédentes réunies à celles qui font partie de l'étude que nous avons [fa]ite de la pneumonite, suffira pour justifier ces distinctions consa[cr]ées par la pratique. L'intelligence du lecteur suppléera ici aux dé[ta]ils que nous ne pouvons donner et que nous ajouterons peut-être [pl]us tard. Bientôt nous appliquerons à la thérapeutique les considé[ra]tions qui viennent d'être exposées.

Thérapeutique. — Saignées.

8498. Rien n'est mieux établi, rien n'est mieux confirmé par [l']expérience que les principes du traitement de l'hépatémie simple [ou] même compliquée. Voici d'abord ce que l'observation journalière [d]émontre : toutes les fois que l'ensemble des signes plessimétriques, [sy]mptomatiques et mnémoniques démontre que le foie est hypéré[m]ié (récemment surtout), il arrive qu'une saignée copieuse diminue, [p]resque toujours *dans les cinq minutes suivantes*, d'autres fois *dans l'heure qui vient après, ou tout au plus dans le jour même*, le volume [d]u foie. Ceci a lieu plus ou moins vite, en raison de l'ancienneté du [m]al, de la manière plus ou moins intime dont le sang s'est combiné [a]vec les tissus. Le degré de proportion de la saignée correspond [p]resque constamment à la diminution survenue dans le foie. On [v]oit fréquemment, dans l'hépatémie, l'évacuation d'un kilogramme [d]e sang être suivie d'une diminution telle dans le volume de la [gl]ande hépatique qu'elle soit réduite de cinq à six centimètres dans [le] sens transversal, et de deux à trois centimètres ou même plus dans [la] dimension verticale. S'il arrive que, le soir ou le lendemain matin, [o]n renouvelle une saignée plus ou moins forte, le foie décroît de nou[ve]au, et cela dans des proportions encore très-considérables. La di-

minution a quelquefois lieu encore à la troisième et à la quatrième saignée. C'est, comme on le pense bien, dans les cas où l'organe est très-hypérémié, et chez des sujets pléthoriques, que de tels effets sont surtout remarquables et peuvent davantage se renouveler.

8499. Quelle que soit la manière dont les évacuations sanguines sont obtenues, les mêmes résultats sont observés. Les saignées, les ventouses scarifiées font diminuer le volume du foie, non pas en raison de l'irritation ou de la douleur qu'elles causent, mais bien du liquide auquel elles donnent issue. Plus l'écoulement est rapide, et plus aussi l'on voit promptement décroître l'organe hépatique.

Évacuations séreuses ou muqueuses, abstinence, etc.

8500. Les autres moyens propres à faire perdre directement ou indirectement une quantité notable de fluide sanguin, produisent des effets exactement les mêmes. Ainsi les très-larges évacuations de mucosités séreuses par les selles provoquées, soit par le tartre stibié, soit par certains drastiques, soit par des causes miasmatiques peu connues, décident parfois, avec une extrême promptitude, le décroissement de la glande hépatique. L'abstinence continuée pendant un temps plus ou moins considérable, produit encore des effets du même genre, mais bien plus lents. Entre ces doctrines rivales, causes de discussions si orageuses et si violentes, il y a souvent, comme effets obtenus, beaucoup plus d'analogie qu'on ne pense. En définitive, les naturistes lentement, les partisans des saignées promptement, les prôneurs d'émétocatarthiques avec une rapidité moyenne, déterminaient tous plus ou moins, par des évacuations, l'atrophie hépatique.

Résultats des évacuations de liquides dans diverses hépatémies.

8501. Du reste, quel que soit le moyen employé pour obtenir les évacuations atrophiantes, il faut bien se ressouvenir que si l'hépatémie est entretenue par une cause matérielle et fixe, telle qu'une hétérotrophie, une sténosie veineuse ou angicholique, le foie ne se maintiendra pas longtemps diminué de volume, par suite de ces pertes de liquides. Bientôt le mal reparaîtra, attendu que la cause organique qui entretient les phénomènes hépatiques persistera et sera une cause de récidive.

8502. Dans les cas où des sténosies angicholiques sont les causes de l'hépatémie, celle-ci, tout aussitôt que la cause matérielle qui s'opposait au passage de la bile est levé, se dissipe avec la plus

[gr]ande rapidité. Ces faits étant établis, il nous sera facile d'exposer [le] traitement de l'hépatémie.

Traitement dans les hépatémies : panhyperémique, traumatique, etc.

8503. Toutes les fois que la congestion hépatique est une consé[qu]ence de la panhyperhémie, il faut avoir recours à des saignées [gé]nérales dont les proportions convenables seront données par les [eff]ets actuels que la perte de sang exerce, soit sur le décroissement [du] foie, soit ensuite sur la circulation (n° 8498). On constate l'état de [ce]lle-ci par les modifications survenues dans l'action du cœur, dans [le] pouls et dans la coloration. L'application de quelques sangsues [fai]te dans des cas pareils pour remédier à l'hépatémie est une chose [for]t peu rationnelle, car elles ne détermineraient point une perte de [san]g suffisante et qui ne pourrait en aucune façon être mesurée.

8504. Quand l'hépatémie est la conséquence d'une lésion phy[si]que et traumatique du foie, il est évident que les saignées ne remé[di]eront pas à l'altération organique qui constitue le mal primitif, [ma]is elles modéreront les effets de celui-ci et la congestion consé[cu]tive. Le degré auquel elles devront être portées aura toujours sa [m]esure dans les changements que la plessimétrie démontrera surve[nir] à la suite de l'évacuation, soit dans l'organe hypérémié, soit dans [l'é]tat général de la circulation.

8505. Bien entendu que, dans les deux variétés d'hépatémies [pr]écédentes, le régime devra être sévère, car il ne faut pas rendre [tou]t d'abord à la circulation et au foie le sang que l'on a fait perdre.

8506. Dans les hépatémies produites par quelque trouble dans [les] circulations cardiaque, pulmonaire ou veineuse, l'indication fon[da]mentale est de détruire les obstacles qui s'opposent à l'action ré[gu]lière du cœur, des poumons ou des veines (n°s 1666, 2364, 3471). [Ici] les saignées sont souvent utiles, et leur mesure est donnée : soit [pa]r l'examen attentif du cœur, de ses cavités droites, des poumons, [du] système veineux en général ; soit par l'appréciation des effets [at]rophiants de l'évacuation sur le foie.

8507. Dans quelques-uns des cas précédents, et lorsque les [ét]ats organopathologiques coexistants, tels que l'anémie et surtout [l'h]ydrémie, font craindre les résultats de la perte des globules san[gu]ins ou de la fibrine, alors on peut avoir recours et avec succès au [ta]rtrate antimonié de potasse ou à d'autres drastiques qui, faisant [pe]rdre de la sérosité par les selles, ne produisent pas la déperdition [du] cruor.

Traitement des hépatémies suites d'obstacles au cours de la bile.

8508. Dans l'hépatémie, conséquence des obstacles survenus au cours de la bile dans ses canaux, il faut, avant toute chose, avoir recours aux moyens indiqués à l'occasion des angicholosténosies (n° 8453). Les saignées ne doivent être employées ici qu'avec la plus grande modération, car elles exposeraient à faire rentrer dans la circulation une certaine quantité de bile, et ne remédieraient pas à la sténosie angicholique. Ce sont en général les émétocatarthiques, les drastiques qui conviennent dans de semblables cas, et le tartrate antimonié de potasse ou le calomel réussissent mieux ici que ne le font les évacuations de sang.

8509. Quand une hétérotrophie persistante entretient l'hépatémie, ce serait une faute que d'avoir recours à des saignées générales et répétées à de courts intervalles. Il ne faut pas même employer celles-ci, quand il existe quelque lésion organique gastrique ou intestinale qui empêche l'alimentation. C'est tout au plus pour remédier momentanément à la congestion qu'il est proposable alors de recourir à la phlébotomie.

Traitement de l'hépatite.

8510. Le traitement de l'hépatite récente ou, si l'on veut, de l'hépatémie phlegmasique (n° 6867), diffère peu de celui de l'hépatémie. Ici l'indication des évacuations sanguines générales est évidente. Les applications de sangsues et de ventouses scarifiées sont souvent indiquées à cause des douleurs et de la chaleur existant sur le lieu affecté; ces derniers moyens sont particulièrement convenables quand le mal est très-circonscrit. Si le tissu même du foie, organe si vasculaire et si spongieux, est véritablement affecté, la phlébotomie est préférable aux évacuations sanguines locales. Au contraire, si l'on soupçonnait une périhépatite (inflammation des enveloppes du foie), peut-être se trouverait-on mieux des saignées locales abondantes. Dans cette circonstance, les applications émollientes et les cataplasmes, etc., seraient plus particulièrement indiqués. Lorsque l'hépatite succède à l'hépatémie traumatique, il faut, dans les premiers temps, insister sur les saignées générales, et cela dans la crainte que le travail phlegmasique, devenant très-intense, ait pour résultats des abcès du foie.

Traitement de l'hépatite suite de la résorption du pus.

8511. C'est principalement lorsque l'on voit survenir des symp-

nes d'hépatite chez les malades qui ont été atteints de blessure à tête, qu'il faut activement combattre cette phlegmasie. Celle-ci développe fréquemment dans de tels cas. Les uns attribuent ce t à je ne sais quelle sympathie existant entre le cerveau et l'organe iaire; les autres, avec Richerand, croient devoir la rapporter à que le foie éprouve une commotion en même temps que la tête; nce enfin et ceux qui l'ont suivi considèrent cette phlogose mme la conséquence de la résorption du pus qui viendrait à se poser dans le foie.

8512. Cette circonstance n'est pas la seule dans laquelle se dé-loppent à la suite, soit de suppurations, soit de phlébites puripares, s phénomènes aigus semblables à l'hépatite. Consécutivement à la ieumonitopyite (6872), à l'utéritopyite, etc. (métrite purulente), on it quelquefois l'organe hépatique devenir douloureux et se tuméfier. 1 trouve alors, quand les malades succombent, que les granula-ons du foie sont en grande partie jaunâtres ou grisâtres. Contre tel état pathologique les saignées ne conviennent point. Les pur-tifs ou les éméto-catarthiques seraient les moyens qu'il faudrait em-oyer, si toutefois il convenait alors de faire quelque chose.

Traitement de l'hémitohépatite et de la toxhépatite.

8513. Le traitement de l'hémite ayant la plus grande analogie ec celui de l'hépatite, il en résulte que, dans l'hémithépatite, on it insister, plus que dans tout autre cas, sur les saignées géné-les, sur les boissons aqueuses données à doses répétées, sur des ca-plasmes et des fomentations émollientes, sur un régime sévère, etc. ı reste, l'hémite est bien moins suivie ou accompagnée d'hépatite e de pneumonite, d'endocardite et d'arthrites; ce n'est pas enfin tat couenneux du sang qui paraît mettre le plus d'obstacle à la culation dans le foie.

8514. La toxhépatite, qui semble être la conséquence de l'ac-n : soit des miasmes de la fièvre jaune; soit de ceux qui, dans les des ou en Afrique, président au développement de la dysenterie; it encore de l'agent producteur de certaines fièvres intermittentes aves, peut être comparée à l'inflammation hépatique qui suit l'action plusieurs poisons métalliques ingérés dans l'économie. On sait, puis les belles expériences de MM. Orfila, Devergie et de plusieurs tres observateurs, que l'arsenic, l'antimoine, etc., se retrouvent en ande proportion dans le foie des gens empoisonnés par ces agents imiques; il est donc naturel de conclure de ceci que les sub-

stances délétères productrices des affections dont il vient d'être parlé plus haut, sont aussi portées par le sang dans le parenchyme du foie. Les indications principales dans la toxhépatite seraient à coup sûr : 1° de prévenir l'absorption de nouveau poison en éliminant celui qui serait déposé sur quelque point de l'économie, ou en évitant pour le malade les circonstances extérieures susceptibles de produire une intoxication nouvelle; 2° de remédier à la toxémie ou à la cause toxique déposée dans le foie, en administrant des boissons à doses répétées et susceptibles d'entraîner par les organes sécréteurs les substances délétères, etc.; 3° de neutraliser, s'il se peut, les agents toxiques qui sont parvenus dans le sang et dans le foie (malheureusement ces moyens neutralisants des poisons minéraux sont à peine connus, et ceux des substances vénéneuses végétales et surtout des miasmes ne le sont en aucune façon); 4° enfin d'avoir recours à des saignées générales et locales, à des émétocatarthiques, mais dans des proportions modérées, et en se réglant pour leur quantité d'après les effets de telles évacuations sur le volume du foie et sur le degré de la maladie.

Traitement de l'hépatite chronique.

8515. Dans l'hépatite datant d'une époque plus ancienne, les indications sont les mêmes; mais il faut se rappeler que le sang est ici profondément combiné avec les tissus. Il ne faut pas croire que les évacuations sanguines abondantes amélioreront alors aussi promptement que dans l'état aigu, les altérations matérielles du foie. Les saignées doivent être alors plus ménagées, plus répétées que s'il s'agissait d'une hépatite à marche prompte. L'usage des vésicatoires volants, des exutoires, des sangsues locales à l'anus, des purgatifs salins, etc., est ici très-indiqué.

8516. Quelle que soit d'ailleurs la variété d'hépatite dont il s'agisse, elle exige en général un régime assez sévère; *dans les premiers jours*, il ne faut donner des aliments qu'avec beaucoup de circonspection. Les substances végétales semblent ici être préférables aux autres, parce qu'elles séjournent moins dans l'estomac. Le repos, le coucher alternatif et successif sur diverses parties du corps (et cela pour s'opposer aux conséquences fâcheuses de la déclivité par rapport au foie (1)); l'aération (qui est d'une utilité si grande dans le

(1) Sans doute il serait utile, dans cette intention, de faire coucher le malade sur le côté gauche; mais il arrive trop souvent qu'une telle attitude est impos-

traitement des maladies en général), etc., sont des moyens puissants de traitement qu'il ne faut pas perdre de vue dans la curation des diverses espèces d'hépatite.

8517. N'oublions pas enfin que presque jamais l'hépatite n'existe seule; que presque toujours elle est compliquée d'un grand nombre d'autres états pathologiques dont les uns, tels que les sténosies biliaires, les abcès, les hétérotrophies, peuvent exister dans le foie; dont les autres, tels que l'hémite, la septicémie, la toxémie, la pneumonite, etc., ont leur siége dans d'autres parties de l'organisme. Chacun de ces états présente des indications particulières qui doivent marcher de front avec celles qui découlent de l'étude approfondie de l'hépatite.

CHAPITRE VIII.

ANGICHOLITE

(Inflammation des voies biliaires).

8518. Nous insisterons le moins possible sur l'angicholite, parce qu'une grande partie de son histoire repose sur celle de l'hépatite.

Nécrorganographie.

8519. Dans quelques cas qui sont loin, du reste, d'être très-communs, les canaux biliaires et particulièrement le conduit cholédoque et la vésicule, présentent tous les caractères d'un état phlegmasique. On y voit : des rougeurs vives, des épaississements et des ramollissements dans la membrane interne; des pseudoméninges plus ou moins adhérentes aux parois de ces vaisseaux et qui en oblitèrent parfois les cavités. Ces caractères phlegmasiques existent le plus souvent, soit autour, soit en deçà du lieu où séjournent des calculs biliaires qui rétrécissent plus ou moins le calibre de l'angichole. La vésicule enflammée contient souvent de très-grandes quantités de chololithes, et, dans de tels cas, elle est parfois oblitérée et renferme du pus en proportion considérable. Ses parois sont fréquemment épaissies et ramollies, et souvent la phlegmasie dont il s'agit est suivie de péritonites adhésives et partielles, d'abcès qui font saillie extérieurement. Dans un cas de cette nature, nous avons été assez heureux pour donner issue au pus et à des calculs biliaires. Une

sible, à cause de la douleur que le malade éprouve alors dans le côté droit par suite du tiraillement qu'exerce le foie volu inenx.

prompte guérison fut la conséquence de ce fait. (Voyez la note de la fin de cet article.)

8520. Des perforations peuvent à la rigueur survenir dans la vésicule ou dans les conduits biliaires enflammés; une péritonite mortelle a été la conséquence d'une telle lésion. Ces cas, du reste, sont excessivement rares, et je ne les ai pas observés. Ils le sont d'autant plus que des adhérences doivent, avant la perforation, se former entre les parois phlegmasiées de l'angichole et les organes voisins. Alors ce n'est pas dans le péritoine que s'ouvrent les abcès, mais bien dans les cavités des parties réunies aux voies biliaires par le travail inflammatoire. Ailleurs, consécutivement à la phlegmasie de l'angichole, se forment autour de ce conduit des foyers purulents analogues à ceux qui, dans la phlébite, envahissent le tissu cellulaire situé à l'entour des veines. De tels phénomènes qui ont lieu pour les portions de l'angichole situées au delà du foie, doivent nécessairement, dans quelques cas, se produire pour les parties des canaux excréteurs situés dans l'intérieur même de la glande : peut-être plusieurs abcès du foie n'ont-ils pas eu d'autre source. Tout porte à penser en effet que les collections purulentes isolées ou multiples, trouvées dans le parenchyme hépatique, ont eu pour cause quelque arrêt de circulation dans les conduits biliaires. De là des abcès *intra* ou *extra* vasculaires. Ces mêmes réflexions sont applicables à la partie des granulations du foie formée par les radicules de l'angichole. Du reste, ces considérations se rapportent plutôt à l'histoire des abcès hépatiques qu'à celle de l'angicholite.

8521. Dans l'angicholite, et plus spécialement dans la cholédocite, on trouve des phlegmasies plus ou moins intenses du duodénum. Plus souvent encore coexiste une hépatémie ou une hépatite, et surtout une cholémie. Ces états sont dus alors à un arrêt dans l'excrétion biliaire (n° 8429). Lorsqu'il s'agit au contraire d'une cysticholite, ou d'une inflammation du canal cystique, il arrive souvent qu'il n'existe ni cholémie ni hépatémie.

Biorganographie. Symptomatologie.

8522. Les seuls caractères physiques par lesquels on puisse constater l'existence de la phlegmasie des voies biliaires sont, d'une part, la détermination d'une douleur vive siégeant sur le lieu où la plessimétrie et la palpation font reconnaître la vésicule du fiel ; et de l'autre, les phénomènes de percussion en rapport avec l'hépatémie ou l'hépatite qui se déclarent consécutivement à la phlegmasie de

l'angichole (n° 8472). Quand la vésicule devient le siége d'un abcès, alors elle fait une saillie plus ou moins considérable, sur l'étendue de laquelle se rencontre cette sensation tactile de défaut absolu d'élasticité ressenti par le doigt qui percute un liquide sur le plessimètre. Dans un cas dont je vais parler, bien qu'il se soit agi de la vésicule, puisque des calculs biliaires sont sortis de la tumeur, il y avait une induration autour du point fluctuant. Ceci n'est pas entièrement conforme avec ce qu'admettait Petit le père pour la distinction qu'il cherchait à établir entre les abcès du foie et la vésicule elle-même (tome I[er] des Mémoires de l'Académie royale de chirurgie). La douleur dont il vient d'être parlé, l'existence antérieure d'une gastroduodénite, les symptômes coïncidents ou consécutifs d'une hépatite ou au moins d'une hépatémie (n° 8474), ceux d'une sténosie angicholique, et particulièrement la cholémie, la décoloration des fèces et l'absence de vomissements bilieux, un état fébrile plus ou moins intense, et des accidents généraux très-variables, tels sont les principaux phénomènes symptomatiques propres à faire reconnaître une angicholite.

Étiologie. Pathogénie.

8523. Presque jamais l'angicholite n'est primitive. Elle succède en général : 1° à des calculs biliaires et aux autres causes capables de produire des sténosies dans les conduits cholédoque et hépatiques; 2° à des violences extérieures portées sur la vésicule (ce qui doit être fort rare); 3° à des congestions, à des inflammations, à des lésions organiques du foie; 4° peut-être à l'action de certains poisons miasmatiques, comme cela paraît avoir lieu pour les affections des conduits biliaires observés dans la fièvre jaune, etc. Du reste, la plupart des considérations pathogéniques qui ont été établies à l'occasion de l'hépatite (n° 8491) sont applicables à la théorie des angicholites.

Thérapeutique.

8524. Le traitement repose ici sur les mêmes principes que celui de l'hépatite ou de l'angicholosténosie. Cependant on doit y apporter certaines modifications. Dans la phlegmasie angicholique dont le siége, circonscrit, peu éloigné des parois abdominales, existe dans des membranes minces et recevant peu de sang à la fois, les sangsues placées en assez grand nombre sur le point douloureux, peuvent avoir de l'utilité et être préférables aux saignées générales. Par les mêmes motifs encore, les fomentations émollientes, les cataplasmes

appliqués sur la région sous-hépatique peuvent mieux réussir alors que s'il s'agissait d'une inflammation du foie. Dans l'angicholite surtout, il faut songer sans doute à combattre la duodénite qui peut en être la cause; mais il faut provoquer l'évacuation de la bile qui pourrait être retenue au-dessus de quelque sténosie inflammatoire ou lithocholique. De là encore l'utilité des boissons à hautes doses, des pressions modérées sur le fond de la vésicule (à moins qu'elle ne soit trop enflammée); de là encore l'indication de purgatifs salins. Enfin, quand des abcès viennent à se former dans le réservoir de la bile, une opération chirurgicale peut devenir utile (1).

(1) MM. les docteurs Rousseau, Fatout et moi avons observé un fait remarquable sous plusieurs rapports et dont il est utile de tracer une rapide analyse. A la suite d'accidents d'hépathie mal déterminés, une douleur vive se manifesta chez une femme de quarante ans au-dessous du foie et sur le lieu où siége d'ordinaire la vésicule du fiel. La plessimétrie permit de dessiner sur ce point un espace mat débordant le rebord du foie et dont le pourtour présentait à la percussion et à la palpation une dureté assez marquée. Au centre de cet espace, la percussion médiate donnait les caractères propres aux liquides, et le toucher faisait sentir une fluctuation obscure. Il était évident qu'un abcès existait sur ce point; l'induration de sa circonférence devait faire admettre l'existence d'adhérences : celles-ci devenaient encore plus probables, quand on *remarquait que la tumeur conservait les mêmes rapports avec les parois, quels que fussent les changements de position du corps et quels que fussent aussi les mouvements d'inspiration ou d'expiration. En effet, dans les cas où la vésicule dilatée est libre de toute adhérence, elle suit le foie, et elle s'abaisse dans les mouvements d'inspiration pour s'élever lorsque l'expiration s'accomplit.* Avant de se décider à une opération, on voulut savoir dans quels rapports les intestins étaient avec la tumeur, et l'on reconnut par la plessimétrie qu'un son tympanique, dû à la présence du tube digestif, se trouvait à l'entour (si ce n'est du côté du foie). En appliquant le plessimètre sur le centre de la matité, il fallait déprimer très-profondément (à un pouce et demi par exemple) avec la plaque d'ivoire pour qu'on trouvât de la sonorité. Ainsi quelque portion de l'angibrôme remplie de gaz était située derrière la tumeur; mais c'était très-profondément qu'elle était placée, et il n'y avait sous ce rapport aucun risque à pratiquer une ponction. D'ailleurs on mit en usage un moyen très-propre à éviter toute pénétration dans l'intestin. Les mains de deux d'entre nous entourèrent et pressèrent la tumeur de façon à la rendre plus profonde d'avant en arrière et à éloigner ainsi l'intestin des parois. Un trois-quarts fut alors plongé au centre du point mat; il donna issue à une grande quantité de pus; une mèche d'éponge préparée remplaça la canule, et ce fut par l'ouverture fort large qu'elle produisit que s'échappèrent, quelques jours après, plusieurs calculs biliaires volumineux. Leur sortie fut suivie d'une prompte guérison. (*Gazette des Hôpitaux,* 5 janvier 1840.)

CHAPITRE IX.

HÉPATITOPYITE (suppuration aigüe du foie)	KYSTIQUE (abcès enkystés).
HÉPATITOPYIE (suppuration chronique du foie)	AKYSTIQUE (abcès non enkysté ou diffus).

8525. Les suppurations, les abcès du foie, étudiés sous un point de vue général, constituent un état pathologique à part, puisqu'il s'agit toujours ici de la présence du pus dans le foie, et qu'une telle disposition organique, fort éloignée sans doute de l'inflammation, présente quelques indications tout à fait spéciales. Sous les rapports anatomiques et pathogéniques, il est divers aspects sous lesquels la suppuration hépatique peut être envisagée.

Nécrorganographie. — Suppuration diffuse; foie gras.

8526. Il arrive que sur des foies qui ont été douloureux pendant la vie, et qui présentent dans quelques points de leur étendue les caractères de l'hépatémie ou de l'hépatite, on trouve qu'un grand nombre de granulations le plus souvent agglomérées, occupant parfois une très-grande étendue de l'organe, offrent une apparence grisâtre qui rappelle complétement l'hépatisation grise du poumon. Elles sont tantôt molles, friables, et d'autres fois assez fermes. On n'en fait pas sortir, il est vrai, de pus par la pression; mais il en est ainsi dans certaines pneumonitopyites (nº 6872). Tout porte à croire que dans de tels cas, c'est bien d'une sorte de *suppuration sèche* qu'il s'agit, et il serait utile de faire sur ce sujet des recherches microscopiques. Un état semblable se déclare à la suite de la phlébite et de la pyémie. Chose remarquable, c'est à la surface du foie, et non pas dans sa profondeur, que ces granulations grises sont fréquentes. Celles-ci ont encore la plus grande analogie d'apparence et de texture avec la disposition de la substance corticale du rein dans la néphropathie, dite maladie de Bright. Sur les pneumophymiques qui portent des cavernes remplies de matières tuberculeuses ramollies et mélangées de pus, le foie présente un aspect du même genre. *Le foie gras des phthisiques* n'est probablement autre chose que la conséquence du dépôt de matière tuberculeuse, mélangée avec une grande quantité de graisse, dans le tissu hépatique. C'est avec raison que nous rapprochons cet état de la suppuration chronique et diffuse du foie; on sait en effet que le pus contient assez de

graisse pour brûler avec flamme, ainsi que le prouvent les recherches de Gutterbock sur les crachats des pneumophymiques; et si les éléments aqueux du pus tuberculeux déposé dans le foie étaient sans cesse absorbés, il en résulterait à la longue que la masse déposée serait très-grasse. (*Voy.* mon article *Transpiration*, Dict. des sciences médic. t. 55, p. 500, 1821.) Quand des analogies seulement seraient en faveur de cette manière de voir, les indications thérapeutiques resteraient les mêmes, et il n'y aurait point d'erreurs de traitement qui puissent résulter de notre théorie. Quoi qu'il en soit, l'état gras du foie se manifeste souvent en même temps que l'hypertrophie hépatique (Cruveilhier). Si l'on vient à inciser l'organe avec un scalpel, celui-ci est taché par un corps huileux qui se dépose aussi sur les mains alors qu'on presse de tels foies entre les doigts. Sous l'influence de la chaleur, cette huile imbibe le papier, s'enflamme à l'approche d'une bougie; la proportion de graisse est parfois si abondante que Vauquelin a trouvé dans un cas sur cent parties, quarante-cinq d'huile, dix-neuf de parenchyme, et trente-six d'eau. En général, le foie atteint de l'état dont il s'agit, est partout affecté de cette sorte; dans quelques cas, cependant, la dégénérescence graisseuse est circonscrite à quelque point de l'organe (Andral).

Hépatitopyites kystoïdes (abcès circonscrits du foie).

8527. Le pus est quelquefois déposé dans le foie en foyers multiples, en très-petits abcès sous formes de gouttelettes, en collections de trois livres (Abercrombie), de quatre-vingt-dix onces (Annesley), de onze livres (Diemerbroeck); et ailleurs on a même vu *le foie tout entier* paraissant s'être transformé en pus. On a trouvé des hépatopyies kystoïdes de toutes les dimensions. Tantôt les foyers multiples prennent du développement, et finissent par se réunir pour en former un seul. Dans de tels cas, la cavité de ces abcès est anfractueuse et divisée, (comme le dit M. Guemeau de Mussy, dans une note qu'il me communique) en plusieurs parties, par des languettes ou des franges irrégulières, débris des cloisons qui séparaient les collections purulentes avant leur fusion; d'autres fois il semble qu'il y ait eu dès l'abord une simple collection qui, peu à peu, a acquis un immense développement. On trouve, en général, un petit nombre de foyers alors qu'ils ont un grand volume. Au contraire, s'ils sont petits, souvent on en rencontre beaucoup; quelquefois le pus est infiltré dans le foie. M. Cruveilhier en a trouvé *qui entouraient les divisions de la veine-porte*.

8528. Les abcès dont il s'agit peuvent avoir leur siége superficiellement ou profondément, ce qu'on a dit être plus rare, et ce qui avait surtout lieu à l'état chronique (Annesley); ils sont beaucoup plus fréquents dans le lobe droit que dans le gauche, ce qui s'explique du reste par ce fait : que le foie a beaucoup plus de volume à droite qu'à gauche. Beaucoup d'abcès dits superficiels du foie ne sont autre chose que les résultats de péritonites hépatiques.

Etat du foie autour des abcès; état des parois de ceux-ci.

8529. Tantôt le parenchyme du foie lui-même refoulé, ayant parfois conservé ses caractères propres, offrant ailleurs un aspect rouge, mollasse, friable, réticulé ou encore induré et pâle, semblant, dans d'autres cas, écarté et laissant à découvert sa trame celluleuse, forme les parois des abcès.

8530. Très-ordinairement une fausse membrane tapisse les parois de la collection purulente et se moule sur ses inégalités; tantôt cette production est molle, tomenteuse, facile à rompre (cas aigus); tantôt elle est épaisse, plus consistante, d'un blanc grisâtre assez semblable à la membrane muqueuse gastrique (cas chroniques).

8531. Au-dessous de la membrane, dit M. Gueneau de Mussy, on trouve une sorte de réseau constitué par des brides de parenchyme hépatique, et surtout par des ramifications vasculaires que baigne un liquide séreux. Ces vaisseaux superposés les uns aux autres forment, dans quelques points, une couche de plusieurs millimètres d'épaisseur; on les trouve vides de sang sur le cadavre, bien que le plus souvent leur cavité soit libre, et puisse quelquefois permettre l'introduction d'un stylet. Plus extérieurement encore et derrière ce réseau, le tissu du foie est ramolli dans l'épaisseur de quelques millimètres, et offre une couleur rouge ou noirâtre due à une infiltration de sang.

Caractères de la suppuration du foie.

8532. Les auteurs sont loin d'être d'accord sur les caractères du pus des abcès hépatiques; jusqu'à ces derniers temps, on admettait en général qu'il était presque toujours brunâtre, noirâtre, violacé, de couleur lie de vin. Dans un cas, en effet, je lui ai trouvé ces apparences; mais le plus souvent je n'ai point saisi de différences entre le liquide contenu dans les abcès hépatiques et celui des autres collections purulentes. Ce qu'il y a de spécial dans ces pyites, c'est qu'elles peuvent contenir des cholotithes; et Naumann a rap-

porté que, dans un cas, vingt-deux calculs biliaires furent évacués avec le pus.

Communications entre les abcès du foie et les parties d'alentour.

8533. Enfin les abcès du foie communiquent parfois au dehors, ou avec les cavités digestives, ou avec celle des plèvres. Un cas de ce genre a été observé dans mon service à la Pitié. J'ai vu le pus d'un abcès hépatique provenant d'un kyste hydatifère, ouvert dans la cavité de la veine-cave inférieure. On cite des exemples remarquables dans lesquels des collections purulentes du foie avaient fini par perforer les poumons et les voies de l'air, etc.

Biorganographie. Symptomatologie. Diagnostic.

Hépatopyie diffuse.

8534. Les caractères plessimétriques et ceux de palpation propres à constater l'existence de l'hypertrophie générale ou partielle du foie (nos 8414, 8399); les symptômes généraux de la pyémie soit océique (aiguë), soit chronique, et par exemple de petits frissons, des sueurs nocturnes, de l'amaigrissement, une entérorrhée pyémique (diarrhée causée par la présence du pus dans le sang), etc., les circonstances commémoratives ou même coïncidentes : d'une hépatite, d'un phlébite grave, de quelques grandes suppurations profondes, de cavités phymiques dans les poumons, d'ulcérations tuberculeuses dans les intestins, etc., telles sont les circonstances qui, réunies, peuvent seules conduire à admettre l'état du foie que nous avons rapporté à diverses variétés de l'hépatopyie diffuse (no 8526).

Diagnostic des hépatitopyites kystoïdes.

8535. La saillie que le foie peut présenter sur les points où des abcès se forment ou existent, et cela soit qu'il s'agisse du bord ou de la surface; la matité, le défaut complet d'élasticité, des sensations plessimétriques différant sur le siége de la collection purulente de ce qu'elles sont sur les autres points de l'organe; ultérieurement, de la fluctuation plus ou moins facilement reconnue au centre d'un espace induré; de plus, les phénomènes préalables ou coïncidents : d'une hépatite aiguë, d'une plaie de tête, d'une phlébite, d'une pneumo ou d'une entérophymie, d'une pyémie océique ou chronique, tels sont les moyens que la science possède pour reconnaître les vastes abcès du foie. Quant à ceux de peu d'étendue, il est seulement possible d'en soupçonner l'existence. (Voyez, du reste, l'histoire de la cystícholopyie, abcès de la vésicule biliaire (nos 8522, 8524)

8536. Dans les cas où un abcès du foie viendrait à s'ouvrir dans

s conduits bronchiques, il pourrait arriver que l'air y pénétrât ors, et on a cité un exemple de ce fait. On trouverait par l'auscultion et par la plessimétrie pratiquées sur le foie, les mêmes caracres que ceux des cavernes pulmonaires, c'est-à-dire la sonorité, le uit hydraérique, les ronchus très-larges de la pectoriloquie, etc. es caractères plessimétriques précédents pourraient même avoir eu dans les cas où les cavités digestives pleines de gaz communiqueraient avec un abcès hépatique qui y verserait ses produits. inspection des crachats, des matières vomies ou des selles, qui ermettrait d'y reconnaître du pus, pourrait encore donner ici uelques indices précieux.

8537. Le parallèle que l'on pourra établir entre ce qui sera dit us tard des abcès des reins et de quelques autres parties des ornes abdominaux, complétera l'histoire du diagnostic des abcès épatiques.

Étiologie. Pathogénie.

8538. Naguère encore on croyait que toute collection purulente éveloppée dans le foie supposait nécessairement l'existence préable d'un état inflammatoire. Nous ne pouvons entrer ici dans la scussion des faits généraux relatifs à cette question. Il est certain ue souvent des hépatopyies se manifestent d'une manière latente, que les symptômes de la phlegmasie préalable sont fort obscurs. est ainsi qu'à la suite des plaies de tête, on a vu des cas où de vass suppurations hépatiques se développaient presque à l'insu du méeçin. Dance, avons-nous dit, a expliqué ces faits par la phlébite et ır la présence dans le sang du pus qui, se déposant dans le tissu du ie, devenait la source d'hépatopyies multiples ou isolées. Si cette exication généralement adoptée est vraie, il faut avouer qu'ici ce n'est as une phlegmasie véritable qui produit ce pus. La présence de ce liuide serait plutôt la cause que l'effet, soit des rougeurs et du ramollisment, soit des membranes anomales et des autres phénomènes obseres. Certes, la suppuration qui se trouve dans les tumeurs hydatiques u foie n'est point formée là par un travail inflammatoire réel. On peut ı dire autant des hépatopyies qui, chez les phymiques, semblent sulter, bien que rarement, de la résorption de la matière tubercuuse et de son dépôt dans le foie. Dans toutes ces questions, la difculté est de constituer l'inflammation comme un état organique spéal et unitaire. Or cette difficulté devient une impossibilité; car on omprend, sous le nom d'inflammation, des phénomènes très-variés. ussi ces mêmes questions ne peuvent pas être résolues actuelle-

ment; le seul fait certain, c'est qu'à la suite d'hépatites à symptômes aigus, développées sous l'influence soit de causes traumatiques, soit à la suite d'angicholosténosies ou de chololithies (hépatites exigeant évidemment l'emploi des saignées générales et des antiphlogistiques actifs), on voit se déclarer certains abcès du foie.

8539. L'histoire de l'hépatite (n° 8465) fournira, du reste, de plus amples détails sur les causes des hépatitopyites.

Thérapeutique.

8540. Ce n'est pas à coup sûr par les moyens applicables dans les phlegmasies, qu'il convient de traiter les différentes espèces de suppurations du foie. Quoi de plus absurde, en effet, que de rattacher à l'hépatite les collections purulentes actuellement formées, alors que les saignées, que les sangsues, etc., mises en pratique dans de tels cas, ne feraient qu'affaiblir le malade et que décider peut-être la résorption purulente, et, partant, la pyémie? Quand existent des hépatopyies kystiques, quand il est possible de les reconnaître d'une manière certaine, qu'elles aient leur siége dans les vaisseaux, dans le tissu de la glande ou dans les enveloppes de celle-ci, il faut, toutes les fois qu'elles sont superficielles et accessibles à la main, avoir recours aux moyens chirurgicaux. Parmi ceux-ci, on ne peut assez recommander les ponctions faites de façon à procurer l'évacuation du pus sans permettre l'abord de l'air extérieur (ponctions avec un trois-quarts, défaut de parallélisme entre l'ouverture faite à la peau et celle de l'abcès; aspiration du liquide par une ventouse; pansement avec une large pièce de diachylum; compression légère par-dessus; réitération des ponctions sous-cutanées, plutôt qu'ouverture large et maintenue béante de la cavité purulente, etc.).

8541. Quand toute opération est trop hasardée ou impossible, on est réduit à prescrire des moyens hygiéniques tels que: l'immobilité, si l'abcès est aigu; l'alimentation légère, etc.; quelques purgatifs; des vésicatoires enfin appliqués à plusieurs reprises sur les téguments correspondants à la portion du foie affectée. Ce traitement est à peu près encore le seul qui convienne dans les cas où les symptômes et les circonstances préalables d'une hépatite feraient croire: soit à l'existence d'une suppuration en foyers multiples, ou diffuse dans les granulations; soit à cet aspect grisâtre du tissu hépatique considéré par nous comme une sorte de solidification de pus et de combinaison de cette matière avec le parenchyme du foie (n° 8526). On peut en dire autant des cas où l'état dont il

agit serait supposé exister consécutivement à la phlébite, à la pyé-ie ou à la phymohémie (cachexie tuberculeuse, état du sang chez s phthisiques). Du reste, dans la plupart de ces circonstances, ut traitement peut seulement pallier les symptômes, et tout au plus rolonger la vie. Les bicarbonates alcalins et les eaux de toutes sor-s ne doivent guère mieux réussir chez des malades qui portent de lles lésions, que les cautères ou les moxas recommandés par un and nombre de praticiens.

CHAPITRE X.

HÉPATORRHAGIE (1) } hémorrhagies { du foie.
ANGICHOLORRHAGIE } hémorrhagies { des conduits biliaires.

Nécrorganographie.

8542. L'étude des hémorrhagies du foie et des voies biliaires of-e beaucoup moins d'intérêt que celle des congestions des phlegma-es et des suppurations dont ces parties peuvent être le siége. Il agit ici de considérations d'anatomie pathologique plutôt que de its pratiques. M. Andral est un des auteurs qui ont étudié avec le us de soin les hépatorrhagies. Bien qu'assez rares, on en cite quel-es exemples dans lesquels tantôt de petits foyers, tantôt d'énormes vités ont été trouvés dans le foie, et contenaient un sang rouge, unâtre, noirâtre, coagulé, mélangé ou non d'hémoplasties. Les rois de ces cavités sont formées par le tissu hépatique déchiré, égal, ramolli, et plus rouge encore que dans l'état nomal. On a vu ces collections hémorrhagiques dont les enveloppes étaient rom-ues, et avaient ainsi permis la pénétration du liquide dans le péri-ine ou du moins au-dessous de cette enveloppe. Toutes ces hé-orrhagies peuvent être considérées comme simples, et comme étant résultat de quelque lésion directe des vaisseaux du foie ou de son renchyme. Ailleurs, les hépatorrhagies tiennent à des phénomè-es plus complexes; on rencontre des foyers remplis de sang mé-ngé avec du pus, de la bile, avec des concrétions biliaires des hy-atides, et alors les parois sont fréquemment tapissées par des pseu-oméninges, ou sont constituées par des kystes plus ou moins bien rganisés.

8543. Ici des lésions concomitantes existent, et elles remontent une époque antérieure à l'hémorrhagie qui parfois s'est alors ac-

(1) *Hémo*, sous-entendu comme antécédent.

complie dans des cavités d'ancienne formation. Consécutivement au dépôt du sang, celui-ci peut se concréter en pseudoméninges, se solidifier, déterminer la formation de kystes, en un mot éprouver toutes les autres modifications qui surviennent à ce liquide alors qu'il est contenu dans des cavités à parois vivantes et sans communication avec l'air.

8544. Les hépatorrhagies sont parfois suivies de la rupture des cavités où elles ont eu lieu, et de la pénétration du sang dans les conduits biliaires, dans l'angibrôme, dans les poumons et l'angiaire, etc. ; du reste de tels accidents doivent être fort rares.

8545. Les hémorrhagies qui peuvent avoir lieu dans les conduits biliaires sont fort peu connues; ce qu'on en sait de plus positif a été observé dans la fièvre jaune. On a vu en effet assez fréquemment, dans cette affection, du sang épanché de couleur noire et coagulé dans l'angichole, oblitérer celui-ci, et offrir des caractères semblables à ceux de la matière des vomissements et des selles. Une telle disposition organique expliquait du reste la cholémie qui existait dans des cas pareils (1); le mélange d'une certaine quantité de bile avec le sang était peut-être la cause de l'aspect de celui-ci.

Biorganographie. Symptomatologie. Diagnostic.

8546. Nous renvoyons, pour les caractères de l'hépatorrhagie, à ce qui a été dit de ceux de l'hépatémie. Nous y ajouterons seulement les annotations suivantes : 1° dans les vastes foyers hémorrhagiques qui, ayant leur siége dans le foie, feraient saillie au-dessous du rebord costal, on pourrait, s'ils étaient superficiellement placés, reconnaître soit la fluctuation, soit les caractères plessimétriques de la présence des liquides, et cela dans l'étendue de l'espace où existe la collection sanguine; 2° la déformation inévitable que le foie pourrait présenter par suite de la formation des foyers sanguins serait, dans certains cas, assez grande pour être reconnue à l'aide du dessin plessimétrique de cet organe; 3° une matité spéciale en rapport avec la présence du liquide, une absence complète d'élasticité, qui différeraient des sensations produites par la percussion du foie, correspondraient au lieu occupé par la collection sanguine; 4° dans les cas où le liquide des hépatorrhagies se serait épanché dans le péritoine, la plessimétrie pourrait trouver le sang dans la cavité abdominale; 5° des symptômes d'hémorrhagie angibrômique ou an-

(1) Le sang coagulé dans les conduits y produit tout aussi bien une sténosie que des calculs biliaires peuvent le faire.

airique, succédant d'une manière brusque à une hépatémie ou à quelque autre hépathie (antérieurement bien reconnue), porteraient à admettre qu'une hépatorrhagie aurait été suivie de pénétration dans le tube digestif ou dans les voies de l'air; des phénomènes d'anémie portés très-loin, joints à ceux d'une hépatémie considérable survenue rapidement, les circonstances commémoratives de coups portés sur la région du foie, de grands efforts de respiration auxquels on se serait livré, etc., seraient encore des raisons de faire soupçonner l'existence d'une hémorrhagie hépatique considérable.

Étiologie. Pathogénie.

8547. Les causes des hémorrhagies du foie ne peuvent guère différer de celles de l'hépatémie elle-même. On voit les hépatorrhagies survenir parfois sous l'influence de l'action des miasmes des marais portée à un extrême degré. Il faut bien admettre, dans de tels cas, qu'un agent toxique produit et la congestion hépatique et l'écoulement de sang; nous retrouverons un semblable fait lors de l'étude des splénopathies. Dans la fièvre jaune, c'est encore par suite de l'action d'un poison spécial agissant sur la circulation et sur les voies biliaires que se manifestent les angicholorrhagies dont nous avons parlé.

8548. A l'occasion de l'étude de l'hépatémie, nous avons indiqué les principales circonstances sous l'influence desquelles peuvent avoir lieu soit les congestions, soit les hémorrhagies du foie lui-même ou de ses conduits excréteurs. C'est, en général, plutôt dans les cavités ou dans des parois de cavités en contact, et non dans le parenchyme du foie lui-même, que doit se déposer le sang qui parfois se réunit en foyer dans le foie; aussi le voit-on principalement contenu dans des abcès hépatiques; et conçoit-on comment il se fait que des elcosies cancéreuses ou des kystes hydatifères en contiennent souvent de notables quantités.

Thérapeutique.

8549. Quant au traitement des hépatorrhagies, il est évident qu'il ne peut en rien différer de celui de l'hépatémie et de quelques autres hémorrhagies (n° 8498). Le sang fût-il accumulé dans un foyer, l'art du diagnostic fût-il assez avancé pour que l'on pût à coup sûr reconnaître celui-ci, il ne faudrait pas ouvrir cette cavité anomale; car l'on sait que cette opération est dangereuse pour les collections sanguines sous-cutanées, et à plus forte raison doit-on

en inférer qu'il en serait ainsi pour les hémorrhagies viscérales kystoïdes.

CHAPITRE XI.

CHOLIHÉPATORRHÉE (1)

(Écoulement abondant de bile par le foie, flux hépatique, flux biliaire).

8550. Certains auteurs ont attaché une grande importance à l'exagération qu'ils ont supposé pouvoir exister dans la forme et dans l'écoulement de la bile. Sans nier le moins du monde la possibilité de ce fait, nous avouons qu'il est fort peut connu ; et c'est plutôt par analogie ou pour appuyer certaines théories que pour exprimer une chose d'observation, qu'on a adopté une telle hypercrinie. On a admis, par exemple, qu'une cholorrhée excessive était l'une des causes principales de ces cholémies (ictères) qu'on a supposées de nature spasmodique. On a pensé que des causes morales faisaient ici couler la bile de la même façon que la tristesse fait verser des larmes ; on a oublié que si le fluide biliaire est excrété, il ne peut rentrer dans la circulation pour donner lieu à la jaunisse (n° 8440). On a cherché encore à se rendre compte, par une hypercrinie primitive (et ceci était bien plus raisonnable), de ces évacuations abondantes de bile observées dans certains vomissements ou dans quelques évacuations. A la rigueur, il est fort possible qu'il en soit ainsi ; il se peut faire que, soit par une action directe sur le foie, soit par la médiation de quelque excitation spéciale des membranes gastrique, entérique, et surtout duodénale, le flux biliaire se trouve formé et excrété en quantité plus grande qu'à l'ordinaire ; c'est même là ce qui paraît avoir lieu pendant le travail de la digestion ; mais enfin aucun fait positif, aucune recherche exacte d'anatomie pathologique, ne sont encore venus confirmer nettement les idées que l'on s'est faites à ce sujet.

8551. S'il arrivait qu'il se formât par le foie, en un temps donné, une très-grande quantité de bile, elle serait probablement plus aqueuse, moins chargée de matériaux actifs qu'à l'ordinaire : du reste, la petite dimension de l'angichole doit porter à croire que rarement l'écoulement biliaire est extrêmement abondant. Cette petite dimension, comparée à la masse qui lui donne naissance, est

(1) Hyper sous-entendu.

ncore une des plus graves raisons pour faire croire que le foie a 'autres fonctions à remplir que de sécréter la bile.

8552. Les grandes quantités de bile évacuées à l'occasion d'un métique ou d'un purgatif sont le plus souvent dues à l'évacuation e ce fluide que la vésicule et les voies biliaires contenaient au moient de l'administration de ces médicaments. La plessimétrie faisant rouver la cysticholc distendue auparavant, puis vide après l'emploi e ces moyens, donne la preuve de ce fait. Un homme bien portant *rend ouvent beaucoup de bile par suite des efforts mécaniques de vomissements.* résulte de ce fait que Stoll et ses imitateurs avaient souvent tort 'inférer de ces vomissements bilieux provoqués par des émétiques our établir l'existence de *maladies spéciales.* D'ailleurs, très-souvent quantité de liquides verdâtres et amers rejetés par l'estomac est ien loin d'être complétement constituée par de la bile pure. La lus grande partie de ces matières n'est souvent autre chose qu'un élange de mucosités, de salive, d'eau, de tisanes colorées par la ile qui, épaissie dans la vésicule, en sort par la pression. Il suffit ajouter en petites proportions du fiel de bœuf à de l'eau pure, pour i donner l'aspect et le goût du fluide biliaire; il doit en arriver nsi pour les malades qu'on fait boire et vomir ensuite.

Moyens d'augmenter la sécrétion biliaire.

8553. Les principaux moyens connus d'augmenter la sécrétion surtout l'excrétion biliaires consistent toutefois dans l'emploi d'émé-ques et de purgatifs parmi lesquels, à coup sûr, le tartre stibié ent le premier rang. Les auteurs admettent aussi que les drastiques, ls que l'aloès, le jalap, etc., font abondamment couler la bile. Il t plus certain que ces derniers médicaments agissent sur les intesns, et particulièrement sur la partie ultime de ces organes.

8554. Certains médicaments pourraient encore avoir sur la embrane intestinale une action spéciale propre à produire une pérémie biliaire analogue à celle qu'exerce la pyrèthre sur la memane buccale. De cette action résulterait une hypercholorrhée; mais core une fois ce sujet n'a pas été traité assez expérimentalement, exigerait de nouvelles recherches.

8555. Dans bien des cas où des écoulements considérables de le ont lieu brusquement et spontanément, le fluide qui s'écoule ne ovient pas d'une hypercrinie, mais de l'évacuation du liquide liaire accumulé antérieurement dans la vésicule ou dans le tube gestif.

Thérapeutique.

8556. Que si jamais on pouvait reconnaître par des signes certains une hypercholorrhée, que si l'on jugeait convenable de la modérer ou de l'arrêter, les moyens d'y parvenir auraient beaucoup d'analogie avec ceux qui ont été indiqués lors de l'étude de la sialorrhée (n° 8344). Ainsi, les applications de réfrigérants sur la région du foie, les saignées générales, l'abstinence de boissons, la destruction, s'il était possible d'y songer, de la cause toxique qui, portée dans la circulation, viendrait à modifier la sécrétion hépatique; un traitement opposé aux phlegmasies gastrique ou duodénale qui entretiendraient ou causeraient le flux immodéré de bile; le coucher du malade sur le côté gauche, à l'effet que le sang ait moins de facilité à se porter vers le foie, et à fournir des matériaux abondants à la sécrétion, etc.; tels sont les principaux moyens que la théorie et les analogies conduiraient à proposer dans des cas pareils.

CHAPITRE XII.

HÉPATOCIRRHOSIE

(Cirrhose du foie).

8557. Laënnec a donné le nom de cirrhose (de κιῤῥός, fauve; κηρός, cire) à un état particulier du foie, qui a été aussi nommé granulations, état granuleux de cet organe. Il le considéra comme un produit de nouvelle formation. Un grand nombre d'auteurs analysèrent ou copièrent ce qu'en avait dit l'inventeur illustre de l'auscultation. MM. Bouillaud, Andral et Cruveilhier s'occupèrent de ce sujet avec soin; mais c'est particulièrement aux travaux de M. Becquerel que, sous ce rapport, la science est redevable de recherches utiles. La plessimétrie, en permettant de constater l'atrophie du foie, a donné quelques signes de l'existence de la cirrhose.

8558. Bien que le mot cirrhose ne désigne point nettement l'apparence ou la nature intime de la lésion ainsi désignée; bien que rien ne ressemble moins à de la cire que le foie atteint de cirrhosie, toujours est-il que *nous adoptons cette expression parce qu'elle est généralement admise, parce que l'on ne peut pas la rapporter à d'autres lésions, et parce que tout le monde comprend qu'elle doit être exclusivement appliquée à un état anatomique bien fixe et bien caractérisé.*

Nécrorganographie.

8559. On admet plusieurs degrés dans la cirrhose. Le premier consisterait dans une apparence jaunâtre du tissu hépatique, qui serait marbré de lignes rouges irrégulières et sinueuses. Un nombre considérable de corpuscules dont le nombre peut varier depuis l'état miliaire jusqu'à la dimension d'un pois, assez semblable, du reste, à des lobules d'une graisse durcie et roussâtre, constituent alors le tissu du foie. A cet état, la cirrhose est déposée *en masse* ou *en plaques* (Laënnec), et le foie jusqu'alors n'est pas altéré dans sa configuration.

8560. Dans une seconde période de formation, il se manifeste une agglomération de granules arrondis, irréguliers, jaunâtres, rougeâtres ou brunâtres, qui forment des mamelons saillants à la surface du foie. Ces mamelons sont souvent circonscrits par de petites lignes celluleuses et blanchâtres qui, suivant M. Becquerel, ne sont autre chose que les restes du tissu rouge interlobulaire comprimé, condensé et devenu imperméable. Ces débris forment une sorte de kyste autour des mamelons précédents (cirrhose enkystée de Laënnec). Ce qu'il y a surtout de remarquable dans le second degré de la cirrhose, *ce sont les oblitérations ou les rétrécissements des vaisseaux artériels, veineux ou excréteurs*, qui ont lieu autour des granulations hypertrophiées et altérées. Le sang, dans de tels cas, n'arrive point dans les ramuscules des veines hépatiques qui pénètrent dans les mamelons.

8561. Les auteurs ne sont en rien d'accord sur les caractères de la cirrhose parvenue au troisième degré. Les uns, tels que MM. Ferrus et Bérard, veulent que cet état anatomique présente l'aspect d'un putrilage, d'abord brunâtre, puis brun-verdâtre, inodore et un peu gluant. Les autres admettent, avec M. Becquerel, qu'il s'agit alors de « petites cavités vides dont les parois sont constituées par une membrane cellulo-fibreuse très-mince; il semblerait qu'on aurait énuclé les petits mamelons de la coque de tissu condensé qui les entourait. » Quelquefois les cavités dont il s'agit sont remplies par un liquide gélatineux verdâtre et de peu de consistance.

8562. Le foie, dans le premier degré de la cirrhose, n'éprouve pas une diminution notable dans son volume; parfois même il est atteint d'une légère hypertrophie. Dans la seconde période, au contraire, cet organe est revenu sur lui-même, rapetissé, ratatiné comme on le dit, véritablement atrophié, et cela d'une manière fort marquée.

Suivant quelques auteurs, la cirrhose peut être partielle; mais, d'après les recherches de M. Becquerel, elle affecte toujours, alors qu'elle existe, toutes les parties de l'organe.

8563. M. Becquerel, sur quarante-deux cas, n'a trouvé que sept fois la cirrhose à l'état de simplicité, et je suis même persuadé qu'un examen très-attentif dans ces sept cas exceptionnels aurait encore fait trouver des lésions anatomiques anciennes ou récentes dans quelque autre partie du corps (hydries, angiairies, pyies anciennes, phymies, néphrie avec albuminurorrhée, etc.). Plusieurs états organopathologiques sont ordinaires dans de tels cas. L'hydropéritonie est l'un des symptômes ou l'une des coïncidences les plus fréquentes de la cirrhose. Sur les quarante-deux cas de M. Becquerel, six fois a existé une péritonite aiguë, sept fois une péritonite chronique, cinq fois une pleurite océique, et très-souvent des traces d'anciennes pleurites. Dans un tiers des cas, on a trouvé des hydropleuries (qui coïncidaient toujours avec l'existence d'hydro-péritonies); on a rencontré : deux fois une péricardite, sept fois *une pneumonie*, sept fois *un œdème* des poumons, cinq fois une apoplexie pulmonaire, cinq fois *une gastrite*, cinq fois des hémorrhagies gastrentériques, etc. Toutes ces complications ont dû être liées tantôt comme causes, tantôt comme effets, à la cirrhose, et n'ont rien eu d'assez fixe (à part l'hydropéritonie) pour être de quelque valeur dans le diagnostic ou dans la pathogénie de l'hépathie que nous décrivons ici. Ce qu'il est plus important de noter, c'est la coïncidence de quinze cas de néphrie granuleuse dans quarante-deux observations de cirrhose. Sur ces quinze cas, neuf fois les deux lésions ont paru à M. Becquerel être les conséquences de lésions anciennes du cœur ou des poumons. Dans les huit autres cas, il a semblé à ce médecin que tantôt la cirrhose était plus ancienne que la néphrie, et que tantôt, sous l'influence de quelque cause commune, ces deux états pathologiques s'étaient déclarés simultanément.

Biorganographie.

8564. Le premier degré de la cirrhose étant à peine accompagné d'une légère hypertrophie hépatique, ne peut être reconnu par les moyens physiques de diagnostic. Plus tard, alors que le foie s'atrophie, la plessimétrie permet, comme nous l'avons vu, d'apprécier cette diminution de volume (n° 8406), et par conséquent conduit à faire soupçonner l'existence d'une telle lésion. Plus tard encore, si le foie est très-abaissé, on conçoit que l'état mamelonné de la surface

hépatique pourrait, dans quelque cas, être reconnue par la main qui, sur un sujet à parois abdominales très-minces, toucherait l'organe au-dessous du rebord costal. Ces caractères prendraient plus de valeur de l'existence simultanée d'une hydropéritonie que nous avons dite être si fréquente dans la cirrhose. M. Becquerel regarde comme un signe très-précieux de cet état pathologique : « des urines d'une couleur jaune orangée très-foncée, souvent très-denses, fortement acides et chargées d'une quantité anomale d'urate acide d'ammoniaque, qui se précipite soit spontanément par le refroidissement, soit par l'addition d'une petite quantité d'acide azotique. Ce précipité, en général abondant, est presque toujours d'un rouge vif et assez semblable à du cinabre. Cette coloration est le produit de la combinaison d'un grand excès de matière colorante avec l'urate acide d'ammoniaque. Dans de telles urines, la quantité d'urée est presque toujours considérable. » Il y aurait donc ici augmentation dans les éléments animalisés de l'urine. La coexistence d'une maladie de Bright influe peu sur les caractères précédents ; seulement on trouve et l'on obtient un précipité d'albumine par la chaleur et par l'acide nitrique. Cela a lieu d'une manière d'autant plus marquée, que la néphrie albumineuse est plus ancienne.

Symptomatologie.

8565. Dans les cas de cirrhose que j'ai observés, aucune douleur, à ma connaissance, n'avait existé dans la région du foie. Toutefois les auteurs disent que, dans quelques cas exceptionnels, les malades éprouvent dans l'hypochondre droit une sensation pénible, sourde, obscure, et qui n'est pas exagérée par la pression. La cholémie existe rarement, ce qu'il est facile de concevoir, car le tissu du foie, alors profondément modifié ou détruit, ne peut guère former de bile, surtout lorsque la cirrhose est très-développée. Dans cette affection, suivant M. Becquerel, il existe une teinte jaunâtre, une apparence terreuse de la peau, parfois peu marquée, d'autres fois assez développée pour présenter une nuance cuivreuse, principalement apparente à la face et au cou. Dans un cas, la peau était âpre, rude au toucher, et couverte de squammes excessivement fines (Becquerel). C'est au second degré de la cirrhose que le plus souvent l'hydropéritonie se déclare. Elle se développe sans douleur et précède, alors que la cirrhose est simple, l'hydrethmie (œdème) des pieds, tandis qu'elle la suit alors qu'une cardiopathie a préexisté. Lorsqu'une néphrie granuleuse se manifeste en même temps que la

cirrhose, comme la première de ces lésions marche plus vite que la seconde, il arrive que l'œdème des extrémités inférieures précède souvent l'hydropéritonie. Les fonctions digestives sont, du reste, beaucoup moins troublées qu'on ne serait d'abord disposé à le penser. L'appétit se conserve longtemps; une entérorrhée se déclare fréquemment alors qu'il y a coexistence d'une néphrie granuleuse (Becquerel). A la longue l'amaigrissement survient, et les membres inférieurs sont infiltrés.

8566. Les symptômes observés chez les gens atteints de cirrhose varient du reste infiniment suivant les états pathologiques coïncidents, qui, comme nous l'avons vu, peuvent être fort nombreux. En particulier, les troubles de respiration qu'on observe alors quelquefois sont liés plutôt à l'hydropéritonie, aux cardiopathies ou aux pneumopathies coexistantes qu'à l'affection hépatique elle-même.

8567 En somme, la diminution dans le volume du foie, l'état des urines dont il a été parlé (n° 8564), l'existence d'une hydropéritonie, la coloration jaunâtre et cuivreuse indiquée par M. Becquerel, sont les seuls caractères propres à faire reconnaître, ou, pour mieux dire, soupçonner l'existence de la cirrhose, surtout alors qu'elle est parvenue au second degré de son développement.

8568. Le plus souvent la marche des symptômes précédents est chronique; elle peut durer plusieurs mois ou plusieurs années. La mort, qui est la terminaison de la cirrhose, survient plutôt par suite des autres états pathologiques coexistants ou consécutifs que par l'effet immédiat de cette hépathie.

Étiologie. Pathogénie.

8569. M. Becquerel a trouvé que, sur soixante-trois cas de cirrhose, il y avait quarante hommes et vingt-trois femmes; elle est fort rare chez les enfants. Sur dix-huit faits dans lesquels cette lésion était simple, quinze appartenaient à des sujets âgés de trente à soixante ans. On a dit que les excès alcooliques ou vénériens, que la fatigue et la tristesse, qu'une alimentation exclusivement végétale et insuffisante, avaient paru ne pas être étrangers au développement de cette affection. Dans la moitié des cas, des cardiopathies avaient précédé la cirrhose, etc. On ne trouve guère de rapport fixe de causalité entre les autres lésions organiques et celle qui fait le sujet de cet article.

8570. Laënnec considérait la cirrhose comme une production accidentelle. M. Bonnet n'y voit qu'un aspect particulier des tuber-

cules du foie, ce que nie M. Becquerel, qui n'a jamais pu trouver, dans la cirrhose, de graisse ou de globules purulents. On a dit, sans raisons suffisantes, que cet état était dû à la compression du foie par le liquide de l'hydropéritonie. MM. Bouillaud et Andral pensaient que la cirrhose était le résultat d'une altération ou d'une hypertrophie de la substance jaune du foie, tandis que la partie rouge serait atrophiée ou conserverait son volume nomal. Suivant M. Becquerel, le point de départ de la cirrhose serait une hypérémie active ou mécanique du foie due elle-même à différentes causes organiques (cardiopathies, pneumopathies, etc.). La fibrine et l'albumine se déposeraient peu à peu dans la substance jaune; ainsi congestionnée, elle s'infiltrerait d'une substance albumino-fibreuse analogue à la matière des pseudoméninges et des hémoplasties. De là : l'augmentation de volume dans la substance jaune, l'atrophie par compression de la substance rouge, et l'oblitération des vaisseaux. C'est encore de là que résulterait la formation des enveloppes cellulo-fibreuses dont nous avons parlé. Plus tard la matière déposée s'atrophierait, se rétracterait, ainsi qu'il en arrive pour les pseudoméninges des cavités séreuses. Certes, ce n'est pas à nous qu'il appartient de combattre la théorie de M. Becquerel, *qui, fondée sur l'analyse chimique et sur des faits de texture, n'est autre, pour le foie, que celle qui est admise par nous dès* 1827 (1) sur la production des lésions organiques. Seulement, nous croyons que rien ne prouve qu'un état phlegmasique n'ait pas, au moins dans quelques cas, précédé et accompagné le dépôt de la lymphe plastique. Certes, l'hémite peut jouer ici le même rôle que pour les poumons; cette analogie est trop grande pour ne pas être facilement admise. Du reste, l'existence de deux substances dans le foie n'est rien moins que constatée, et tout porte à croire que c'est dans les cavités des granulations, dans les vascularités capillaires d'excrétion, que se dépose la substance albumino-fibreuse dont il s'agit. La coloration de cette substance serait due ensuite au fluide biliaire ou à du sang. Du reste les explications précédentes sont loin d'être des vérités démontrées; et l'on peut raisonnablement encore se faire d'autres idées sur la production primitive de la cirrhose.

Traitement.

8571. D'après ce qui vient d'être dit, le traitement de la cirrhose,

(1) Mémoire sur le sérum du sang et sur les productions accidentelles, reproduit dans le Procédé opératoire de la percussion en 1832.

parvenue à un certain degré de développement, est tout à fait au-dessus des ressources de la thérapeutique. Si le mal était bien limité, bien circonscrit, comme il est vrai de dire qu'une petite portion de foie conservée saine pourrait suffire à accomplir les fonctions ordinairement départies à tout l'organe, il en résulte que la vie serait conservée, bien que la cirrhose existât partiellement; mais malheureusement nous avons vu qu'il n'en était pas ainsi, et que presque toujours cette altération organique occupait toute l'étendue du foie. C'est inutilement, ainsi que doivent le faire penser les notions d'anatomie pathologique précédemment exposées (n° 8559), que l'on a tenté l'emploi des évacuations sanguines, des vésicatoires, des cautères, des diurétiques, etc. A quoi pourraient servir de semblables moyens pour ramener à l'état nomal un tissu dont les vaisseaux sont oblitérés, et qui n'a plus rien de commun avec sa structure primitive? Tout au plus pourrait-on essayer l'usage de quelques purgatifs doux, ou celui d'eaux minérales alcalines, qui agiraient beaucoup mieux prises à leur source que de toute autre façon. Là, en effet, se joindrait à l'action du principe médicamenteux l'influence bien autrement puissante d'un air pur, d'une bonne nourriture et de l'exercice. Certes, de tels agents hygiéniques ne guériraient pas la cirrhose, mais ils maintiendraient peut-être dans des conditions de santé, les parties de foie encore non altérées.

8572. Quoi qu'il en soit, puisque l'hépatémie (d'après M. Becquerel), puisque l'hémitohépatite (d'après toutes les nalogies) semblent être les causes principales qui favorisent le développement de la cirrhose, il en résulte qu'il faut traiter activement ces deux états pathologiques, et cela dès l'instant même où on les constate. N'oublions pas que la congestion du foie peut durer très-longtemps, alors que l'on n'emploie aucun moyen pour la faire dissiper. Cette longue persistance de l'hépatémie est une des raisons qui militent le plus en faveur de l'explication de M. Becquerel. La disparition rapide de cette congestion à la suite de l'emploi des saignées et des purgatifs, nous conduit donc à dire que ces deux ordres de moyens et tous ceux encore qui pourraient remédier à l'hypérémie hépatique, doivent être employés avec énergie toutes les fois que les faits plessimétriques démontrent que le foie est habituellement gorgé de sang. Ainsi, combattre activement et l'hépatémie et l'hépatite, alors qu'elles se déclarent (n° 8498), est le meilleur traitement préservatif de la cirrhose.

CHAPITRE XIII.

ANGICHOLOLITHES } calculs des voies biliaires,
HÉPATOCHOLOLITHES } calculs biliaires dans le foie).

8573. L'histoire des calculs du foie et celle des chololithes formées dans la vésicule biliaire paraissent devoir être confondues. A part, en effet, certaines concrétions véritablement lithiques notées par quelques auteurs, tels que MM. Mérat, Cruveilhier, etc., et qui, presque toujours enkystées, n'ont aucune importance pratique; à part les rares dépôts de matière adipocireuse qui ne paraissent être encore autre chose que de la bile dégénérée, les calculs du foie ne diffèrent point de ceux de l'angichole. Leur source, leur mode de formation, leur composition chimique, et souvent leur aspect sont complétement identiques.

Nécrorganographie.

8574. On trouve fréquemment dans les voies hépatiques des concrétions plus ou moins dures, auxquelles on a donné le nom de calculs biliaires, de chololithes (les auteurs du *Compendium*). Ils existent le plus ordinairement dans la vésicule, quelquefois dans les conduits cholédoque et cystique, plus rarement dans le canal hépatique, et assez souvent dans le foie des vieillards, alors surtout qu'il y a coexistence de quelque autre affection de ce viscère, telle que des cancers, des hydatides, etc. Parfois solitaires dans la vésicule, ce qui est assez rare, ils y sont réunis d'autres fois en un tel nombre qu'on en a compté jusqu'à 1000, 2000 (Storck), 3646 (Faschius, dans Morgagni, epist. 57, § 19). Lorsqu'il sont solitaires, leur forme est arrondie. Alors qu'ils sont multiples, ils présentent, sur leur points de contact et de frottement, des faces planes. De là des configurations très-variées. Ils offrent parfois des saillies anguleuses ou mammelonnées à leur surface. Ailleurs, ils ont l'apparence d'un sable fin. Leur volume varie depuis l'état miliaire jusqu'à la dimension du pouce (cas vu par Sœmmering) ou à celle de cinq pouces et demi de long sur quatre pouces et demi dans leur grande circonférence (Meckel a décrit un tel calcul qui pesait cinquante-cinq grammes). En général fort légers relativement à leur masse, puisqu'ils surnagent *quelquefois* dans l'eau, on en a vu qui pesaient jusqu'à cent vingt grammes (citation de Haller). Ils sont plus mous que ceux de la vessie et se laissent écraser avec le doigt. Le plus

souvent brunâtres ou noirâtres à l'extérieur, ils sont jaunes intérieurement. Du reste, ils présentent des nuances fort variées (ils sont : jaune d'or, roux, vert clairs, brun verdâtres, rarement blancs, quelquefois brillants comme des métaux), ils offrent parfois une transparence comparable à celle de la gomme.

8575. Tantôt ces calculs sont homogènes dans leur nature intime ; tantôt ils offrent des couches de couleurs variées et superposées. Quelquefois un noyau transparent, strié ou lamellé, est à leur centre, et autour de lui sont des couches colorées. Ailleurs, des sortes d'aiguilles brillantes et micacées, ainsi que j'en ai vu des exemples, partent du centre pour se rendre à la circonférence du calcul.

8576. Des recherches chimiques incomplètes ont été faites du temps de Haller et après lui sur les calculs biliaires. C'est Fourcroy qui trouva dans les chololithes une substance adipocireuse. M. Thénard, qui en soumit plus de trois cents à l'analyse, les trouva formés de 88 à 94 pour cent de cholestérine et de 6 à 12 de la matière jaune ou colorante de la bile qui, dans chacun d'eux, étaient mélangées en des proportions diverses. Ceux qui sont formés exclusivement de cholestérine sont blancs, cristallins et légers; ils se dissolvent presque en entier dans l'alcool bouillant. Les calculs contenant beaucoup de matière colorante sont plus lourds que les précédents. Baillie affirme que les concrétions biliaires solubles dans l'acide nitrique le sont fort peu, à la température ordinaire, dans l'huile essentielle de térébenthine. M. Marcet a analysé un gros calcul hépatique qui, ne contenant pas d'adipocire, n'était autre chose que du carbonate de chaux teint par la bile. D'autres chololithes sont, dit-on encore, formés par du mucus coagulé et coloré. On y a rencontré quelques sels, tels que du phosphate et du carbonate de chaux. Dans une analyse récente due à MM. Bally et Henry, il y avait encore dans des calculs biliaires des traces de phosphate de magnésie, de l'oxyde de fer et de l'albumine. On mentionne aussi l'existence de quelques chololithes qui seraient presque exclusivement formés par du charbon et résisteraient à tous les réactifs dirigés sur eux. (Compendium de Méd. prat., t. II, article Biliaire.)

8577. Muller, Walther, Vicq d'Azir, Fourcroy ont proposé diverses classifications des calculs biliaires. La meilleure à coup sûr, sous le rapport pratique, serait celle qui les distinguerait en solubles et insolubles, et qui établirait des sous-divisions entre ceux qui seraient attaquables par tel agent et ceux qui ne le seraient pas par tel autre.

8578. Sous l'influence de la présence des calculs dans la vésicule, souvent celle-ci se resserre, se contracte sur eux; parfois elle s'amincit; ailleurs elle s'épaissit. Il est évident qu'elle se dilate lors qu'elle contient des chololithes très-volumineux. Sa surface interne offrant souvent un état reticulé, présente quelquefois l'apparence de petits grains demi-solides. Dans l'épaisseur même des parois de la vésicule, on a rencontré des chololithes très-développés. Ce sont là ces calculs enchatonnés dont parle Morgagni. Il paraîtrait qu'ils seraient dus à la pénétration de la bile, ultérieurement épaissie par absorption, dans l'intérieur de quelques follicules muqueux. Peu à peu le calcul, en grossissant, aurait fini par dilater outre mesure la petite cavité sécrétante. En effet, nous ne sommes plus au temps où l'on croyait que la cystichole elle-même formait le fluide biliaire. Les chololithes, contenus dans les conduits, les distendent souvent d'une manière étrange, à ce point que Richter cite un cas dans lequel le cholédoque contenant un calcul de trois onces et demie, pouvait recevoir le doigt dans sa cavité. On a trouvé dans le conduit hépatique des calculs présentant l'apparence d'un fragment de corail ramifié (Plater). On en a vu d'incrustés en quelque sorte dans les parois des vaisseaux excréteurs de la bile. Morgagni cite un cas dans lequel un calcul gros comme un œuf a été rencontré dans le foie. Ailleurs, on affirme en avoir observé à la surface même de cet organe. Il est probable que de tels chololithes se sont d'abord formés dans les radicules biliaires, et que peu à peu, écartant le tissu du foie, ils ont fini par faire saillie au dehors.

Biorganographie. Symptomatologie. Diagnostic.

8579. Dans quelques cas, d'ailleurs fort rares, d'énormes chololithes développés, soit dans la vésicule, soit sur le bord inférieur du foie, ou encore sur une portion de sa face convexe, venant à faire saillie au-dessous du rebord costal, pourraient être sentis par la palpation bien faite ou par la plessimétrie. Celle-ci donnerait les moyens de limiter l'espace où l'on obtiendrait de la dureté au doigt et un son ostéique. Si les calculs étaient multiples, on pourrait déterminer des frottements, en les faisant glisser les uns sur les autres, et ces frottements pourraient être appréciés par la palpation, et mieux encore par la stéthoscopie. Quand ils sont expulsés par les selles, ils offrent des caractères spéciaux à l'aide desquels on a cherché à les distinguer des concrétions intestinales. Ils sont en général d'un petit volume, n'ont pas de corps étranger pour noyau central,

ne contiennent pas de débris d'aliments ; ils sont onctueux, légers, formés par une substance grasse très-animalisée qui brûle avec flamme en produisant une gouttelette qui se fige à la manière de la cire; leur structure est souvent cristallisée ou lamellée avec les aspects dont il a été parlé (n° 8574) ; enfin ils sont solubles dans l'alcool, caractères qui ne se trouvent presque jamais dans les scorolithes, c'est-à-dire dans les petites masses globuleuses constituées par des fèces indurées. Cependant il arrive, dans certains cas, que les circonstances précédentes se retrouvent dans les concrétions intestinales à un assez haut degré pour qu'il devienne impossible de les distinguer des calculs biliaires. Cela se conçoit quand on réfléchit que la bile, séjournant dans le tube digestif, peut s'y épaissir aussi bien qu'elle le ferait dans l'angichole. Dans bien des cas où l'on aura cru, d'après une inspection superficielle, que les malades avaient rendu des calculs bilaires à la suite de coliques, peut-être s'agissait-il seulement de fèces indurées et globuleuses.

8580. Les auteurs, et notamment J. L. Petit, Héberden, Durande, Richter, Sœmmering, etc., ont admis que les chololithes déterminaient de la douleur dans les organes où ils s'étaient formés. Cette douleur serait gravative, elle existerait dans l'hypochondre droit ou vers l'appendice sternal; elle se propagerait parfois vers l'épaule droite, et Durande admet son extension possible vers l'uretère et le bassin; elle consisterait ailleurs dans une cardialgie persistante qui, de temps en temps, serait remplacée par une souffrance beaucoup plus vive, térébrante, lancinante, presque aussi intense que l'entéralgie saturnine, et qui envahirait l'hypogastre et l'espace occupé par les voies de la bile. Le retour de ces accidents à des époques plus ou moins éloignées et l'absence des signes de cancers, de colique saturnine, etc., seraient des indices précieux du caractère du mal. Bien entendu que la plessimétrie permettrait, dans quelques cas, de s'assurer que la douleur ressentie par le malade correspondrait nettement à la vésicule de la bile.

8581. Tout en admettant cependant, comme chose possible, la réalité du tableau précédent tracé en grande partie par les auteurs, nous dirons ne l'avoir point observé dans la nature. Une seule fois, sur un malade de la ville, nous avons cru le rencontrer, mais la plessimétrie nous a fait trouver le foie sur des points fort éloignés de ceux où existait ici la douleur. Nous verrons bientôt que l'on a fort sou-

nt pris des névralgies intestinales pour des coliques hépatiques (1).

8582. A côté de ces phénomènes locaux, se manifestent souvent s vomissements excessifs, de l'inappétence, et surtout, dans queles cas, une cholémie qui se dissipe alors que les calculs sont acués.

8583. L'apparition des symptômes précédents, l'ordre dans leel ils se déclarent, varient en raison d'une foule de circonstances 'il serait trop long d'énumérer. Souvent même les chololithes renmés dans la vésicule ne causent aucune espèce d'accident. Que de s n'ai-je pas vu à la Salpêtrière des calculs, même très-volumineux fort nombreux, contenus dans la cystichole qui n'avaient occaonné, pendant la vie, aucun symptôme appréciable! J'ai trouvé la véule remplie de concrétions biliaires et rétractée sur eux (à ce point 'elle était devenue extrêmement petite); en même temps le conit cystique était oblitéré. D'après les auteurs, c'est principalement, sque les chololithes s'engagent dans les canaux situés au delà de vésicule, que les douleurs et les autres accidents dont il a été rlé (n° 8580) se déclarent. Alors aussi se manifestent les phénoènes propres aux angicholosténosies. Tantôt la marche des sympmes est régulière, incessante; le plus souvent, il y a des moments exacerbation très-marquée. Parfois le début est très-brusque, et le al se dissipe souvent, après l'expulsion de calculs; ou encore il rsiste et donne lieu à des abcès qui, ouverts spontanément ou ariciellement, sont quelquefois suivis de guérison. Ailleurs, la mort t la suite des accidents consécutifs à la présence de calculs volueux dans les voies biliaires.

Étiologie. Pathogénie.

8584. Certaines altérations de la bile dans lesquelles la prortion de matière grasse qu'elle contient nomalement serait augentée, pourraient être pour quelque chose dans la formation des cholithes. Une phlegmasie de la membrane interne de l'angichole est sceptible de former du pus ou des productions plastiques qui deendraient alors les noyaux de calculs biliaires; mais ce sont là des ppositions dont la réalité n'est rien moins que démontrée. Dans très-grande majorité des cas, le séjour prolongé de la bile dans s canaux, soit à la suite d'une sténosie, soit consécutivement au

(1) Dans un cas, cependant, vu en consultation avec M. Chomel, nous venons voir que le siége d'une douleur très-aiguë, de la nature de celle qui vient être dite, correspondait positivement à la vésicule du fiel.

défaut d'action suffisante des parois de la vésicule ou des puissances qui coopèrent à l'excrétion de ce fluide, doit être la cause principale de la formation des chololithes. L'absorption s'emparant des parties les plus aqueuses du fluide biliaire, celui-ci s'épaissit à la longue, et forme une concrétion d'un petit volume qui peu à peu prend du développement par l'addition de couches nouvelles formées aux dépens du peu de cholestérine que contient la bile. Ceci est prouvé pour les cas que j'ai observés, dans lesquels le conduit cystique étant oblitéré, la vésicule contenait de petits calculs biliaires et de la sérosité. Ces calculs avaient dû être formés aux dépens de la petite portion de bile restée dans la cystichole après la sténosie de son conduit. C'est par des phénomènes du même genre que le fluide contenu nomalement dans la vésicule est plus concentré, plus sirupeux que celui qui s'écoule du conduit hépatique. Les circonstances propres à diminuer la proportion de la sérosité du sang, telles que: l'abstinence des boissons, des écoulements abondants par les intestins, par la peau ou par les reins, seraient encore très-propres à diminuer la proportion de l'eau contenue dans la bile, et à favoriser ainsi la formation des chololithes.

8585. On observe principalement les calculs biliaires chez les adultes et surtout chez les vieillards. Très-rarement ou jamais on n'en voit chez les enfants; ils sont plus rares chez la jeune femme, plutôt à cause du genre de vie de celle-ci que par suite de la différence de sexe elle-même. On les dit plus fréquents chez les hommes d'un tempérament bilieux, etc.

Thérapeutique.

8586. Le traitement des calculs biliaires se compose de deux séries de moyens : les uns ont rapport à la curation des sténosies, des emphraxies, des phlegmasies, des hémies angicholiques ou hépatiques qu'ils causent; et nous avons largement parlé de la thérapeutique qu'il convient d'employer contre ces états pathologiques (n°s 8453, 8498 etc.); les autres ont pour but soit de prévenir la formation des chololithes, soit d'en opérer la dissolution, soit enfin d'en provoquer l'expulsion ou d'en faire l'extraction.

Moyens préservatifs.

8587. Les moyens rationnels de prévenir la formation des calculs biliaires sont de remédier aux accidents qui pourraient faire que la bile s'accumulât et séjournât dans la vésicule (n° 8454). Dans cette vue, l'usage des purgatifs pris de temps en temps est par-

tement indiqué; les boissons abondantes et légèrement alcalines raissent aussi très-propres à rendre moins facile le développement s chololithes. La théorie conduirait encore ici à ne pas donner ur aliments des substances grasses qui pourraient augmenter ut-être la quantité des principes oléagineux de la bile.

8588. Quelques médecins se fondant sur ce que les bestiaux i mangent de l'herbe verte ne sont pas sujets, dit-on, aux cholo-hes, ont prescrit un régime végétal et herbacé aux malades at-ints de calculs biliaires.

Moyens dissolvants.

8589. On a proposé divers moyens pour dissoudre les chololi-es; c'est sous ce rapport qu'il serait utile de pouvoir connaître *à iori* la nature de ceux-ci. Malheureusement la chose est le plus uvent impossible. L'excrétion par les selles de calculs biliaires une espèce ne serait pas une raison suffisante pour faire admettre ie ceux qui séjourneraient encore dans l'angichole auraient la même mposition. Il est d'ailleurs difficile d'espérer que les moyens dissol-nts iraient agir sur les chololithes au moyen de la bile toujours for-ée, en quantité assez petite, dans un temps donné. Du reste, comme très-grande majorité des concrétions biliaires est constituée en no-bles proportions par des substances grasses, et qu'ils sont plus ou oins solubles dans l'alcool, l'éther, l'huile essentielle de térébenthine .° 8576), on conçoit que de telles substances peuvent être propo-es dans des cas pareils. C'est en ce sens que la potion de Durande été administrée; voici sa composition : une partie d'éther sulfuri-ie et une partie d'huile essentielle de térébenthine; ou encore trois rties du premier et deux parties du second. La dose en est tous les atins de deux à quatre grammes; on fait prendre immédiatement rès, du petit-lait ou quelque substance du même genre. Encore ie fois, il faut très-peu compter sur de tels moyens. Il est impossi-e en effet que la potion de Durande ou que les médicaments pré-més dissolvants remontent par le conduit cholédoque jusqu'aux lculs biliaires, et l'on ne conçoit guère l'action que ces substances urraient avoir par la médiation de la circulation et de la sécrétion patique sur les chololithes (n° 8457). Peut-être encore que les issons à doses réitérées, rendues alcalines par l'addition de bicar-onate de soude ou de potasse, seraient encore les meilleures dissol-nts des calculs biliaires.

8590. Les émétiques et les purgatifs, joints aux frictions et

aux pressions faites sur la vésicule (n° 8454), seraient sans doute les agents les plus propres à favoriser l'expulsion des calculs. Quant aux opérations convenables pour les extraire, nous renvoyons soit à ce qui a été dit précédemment, soit aux ouvrages de chirurgie.

Moyens palliatifs.

8591. Les bains, les narcotiques, les fomentations émollientes, les évacuations sanguines, peuvent être prescrits pour calmer les douleurs que l'on attribue à la présence des calculs dans les voies biliaires.

CHAPITRE XIV.

HÉTÉROTROPHIES HÉPATIQUES

(Transformations du foie, productions anomales dans le foie).

HÉPATO	PHYMIES	tubercules	du foie).
	CARCINIES	cancers	
	MÉLANOSIES	mélanoses	

8592. Les tubercules, les cancers, les mélanoses du foie considérés sous le rapport de leur étiologie, de leur nature et de leur traitement, ne diffèrent pas de ces mêmes hétérotrophies étudiées dans les autres organes. Il y a seulement ici quelques particularités à noter qui tiennent à la structure du foie et de ses conduits, comme aussi à ses connexions avec les parties voisines et aux fonctions que les organes biliaires sont destinés à remplir.

Néorcrganographie.

8593. Les cancers du foie sont très-fréquents, surtout chez les gens avancés en âge. On en trouve de très-nombreux exemples dans tous les hospices de vieillards, et principalement à la Salpêtrière. Tantôt le mal est borné à cet organe, tantôt il existe simultanément dans l'estomac, dans le pancréas ou même dans le colon transverse. On a dit qu'il occupait le plus souvent la face convexe du foie; par exemple, sur vingt tumeurs cancéreuses que M. Cruveilhier a trouvées dans un cas, seize occupaient les parties voisines de cette face. Pour ma part, je l'ai vu exister dans toutes les portions de la glande hépatique; mais les masses encéphaloïdes m'ont paru plus fréquentes en effet vers la face convexe, tandis que le squirre m'a semblé plus commun vers les parties de l'organe voisines de la région pylorique de l'estomac. D'ailleurs il faut avouer que, dans le foie, il est souvent fort difficile d'assigner nettement les limites de ces deux sortes de cancers, attendu que l'encéphaloïde, au début, ressemble au squirre sous le rapport de sa dureté et de son aspect, et que les

olorations variées données à ces tissus anomaux par le sang et par principe colorant de la bile, masquent parfois ici les caractères ropres à telle ou telle espèce de carcinôme. D'ailleurs cette distinc-on n'est guère utile en pratique; l'incurabilité est la même des eux côtés, et les accidents qui se déclarent dans les deux cas sont ussi les mêmes. Nous allons donc, sans spécifier à quelle espèce de arcinies (scirrhosie, encéphaloïdie ou mélanosie) appartiennent les sions que nous allons décrire, exposer les principaux caractères u'ils offrent le plus communément dans le foie.

Encéphaloidies hépatiques.

8594. Des masses de tissu d'un blanc grisâtre, quelquefois avec ne teinte jaunâtre, affectant en général une forme plus ou moins irculaire ou arrondie, se voient fréquemment à la surface, soit de organe où elles font une légère saillie, soit sur le plan d'une coupe ratiquée dans l'un des points de l'étendue du foie; elles paraissent omposées d'un grand nombre de lobules qui se seraient réunis. ette apparence semble d'autant plus une réalité que l'on voit sou-ent, sur d'autres points du viscère, exister simultanément soit des ranulations isolées de même volume et de même aspect, soit de pe-tes tumeurs analogues aux grosses quant à la structure, mais sen-blement plus petites. On remarque encore que, sur la circonférence e ces petits corps, le tissu du foie semble parfois pénétrer entre les bules extérieurement placés, et s'imbriquer en quelque sorte avec ux. Si l'on coupe ces tumeurs, les mêmes granulations semblent ussi exister dans les masses, et le plus souvent celles-ci sont tout à it séparées par une membrane propre du tissu hépatique resté in. Il existe fréquemment ici une démarcation tranchée entre ce ui est conservé et ce qui est altéré; de là vient que l'on peut, avec ongle, énucléer ces tumeurs, petites ou volumineuses, simples ou omposées, et les enlever complétement. Il arrive cependant parfois ue cette séparation ne soit pas très-distincte, et que le tissu sain se ouve continu avec les parties malades. A la section, les granulations, s masses dont il s'agit présentent un aspect assez analogue à ce que on voit à l'extérieur. Le tissu morbide crie et résiste souvent au calpel; ailleurs il est plus mou, et véritablement cérébriforme. Les ns, avec Laënnec, attribuent ces derniers caractères à une seconde ériode du mal; d'autres à une disposition primitive. Quelquefois de etites cavités, remplies d'un fluide puriforme, ichoreux ou conte-ant encore du sang, soit liquide, soit coagulé, pur ou mélangé avec

le détritus cancéreux, se rencontrent souvent dans les masses volumineuses qui viennent d'être décrites.

Scirrhosies hépatiques.

8595. Ailleurs, des masses inégales auxquelles on ne pourrait assigner une forme déterminée paraissent bien davantage confondues avec le tissu même de l'organe. Elles envoient même des prolongements le long des vaisseaux. Très-dures, très-résistantes au scalpel, elles sont formées par un tissu très-semblable au squirrhe; elles paraissent homogènes et non mamelonnées. Leur aspect est gris-perlé; il semble qu'elles se sont atrophiées et qu'elles ont contracté le foie sur lui-même autour d'elles. Des tractus fibreux, assez analogues à des cicatrices déprimées, semblent parfois s'étendre à l'entour de ces masses anomales. C'est à la face inférieure du foie que se voient le plus souvent les productions dont il vient d'être question.

Autres apparences des carcinies hépatiques.

8596. Ailleurs encore des foies présentant, sur quelques points, la première des altérations qui viennent d'être décrites, offrent la seconde sur d'autres parties. D'autres fois, ces deux lésions se trouvent réunies, mélangées, et cela dans des proportions fort diverses : il arrive même que l'organe hépatique présentant ces deux tissus séparés l'un de l'autre, soit atteint dans des points différents de productions adipocireuses, ou offre des corps stéariques colorés en jaune, en rouge, en vert, en bleu, etc., et ces corps de volume très-variables, souvent très-nombreux, et répandus dans une très-grande étendue de l'organe, mélangés du reste avec les masses des tissus décrits, ou avec des parties de foie encore saines, produisent l'aspect d'un riche granit, marbré de rouge, de gris, de jaune, de brun et de vert. On conçoit, d'après tout ceci, combien l'apparence des cancers hépatiques peut être variable, et la seule qui soit constamment la même est celle qui a été décrite à l'occasion de la première variété de ces carcinômes du foie (n° 8594).

Hypertrophie, atrophie dans les carcinies hépatiques.

8597. Le plus souvent, autour des masses cancéreuses, le foie est hypertrophié (n° 8403) : les auteurs citent de très-nombreux exemples de ce fait (Morgagni, Meckel, Bouillaud, Krukenberg, etc.). Colligny l'a vu peser vingt livres; dans un cas noté par Heyfelder, cet organe remplissait toute la capacité de l'abdomen. J'ai été quelquefois surpris du volume qu'avait acquis chez certains malades

la glande hépatique. Je l'ai vue présenter plus de trente-cinq à quarante centimètres de haut en bas, et remplir d'un côté à l'autre les deux hypochondres. Notons bien qu'ici *le tissu même du foie n'est pas hypertrophié;* mais que les masses altérées ont seules pris ce grand développement. On a vu l'organe biliaire être parfois moins volumineux que dans l'état nomal (Hope, Cruveilhier, etc.). Mais cette disposition est de beaucoup plus rare que la précédente : du reste, dans certaines variétés des cancers hépatiques, le parenchyme du foie est altéré à l'entour de ces productions, de telle sorte qu'une dégénérescence très-avancée est voisine de la partie malade, et que le tissu devient d'autant plus analogue à l'état de santé qu'on s'éloigne davantage de la masse affectée.

Etat des vaisseaux dans les cancers du foie.

8598. On s'est avec beaucoup de raison préoccupé de la question de savoir comment le cancer se comporte relativement aux divers ordres de vaisseaux qui entrent, comme éléments, dans la composition du foie. MM. Cruveilhier, Bouillaud, Andral, Heyfelder, Nicolaï, etc., ont principalement recherché quels étaient ici les changements survenus dans les artères et dans les veines hépatiques. On lira dans le *Compendium* une savante analyse de ces travaux. Il en résulte que les masses encéphaloïdiques renferment souvent des vaisseaux sanguins en plus grand nombre que le squirrhe. Ces canaux, plus volumineux dans les cas de congestion, sont parfois déchirés et donnent lieu à des hémorrhagies; ils communiquent avec les artères et les veines que contiennent les parties du foie restées saines. M. Bouillaud a trouvé des ulcérations, du pus, des masses cancéreuses dans les veines, et M. Carswell a même vu la veine porte oblitérée par suite d'un cancer du foie. Tantôt, dit-on, c'est par absorption, par pénétration de dehors en dedans, tantôt enfin par suite d'un travail phlegmasique spécial que se déclare, dans les hépatocarcinies, le cancer des vaisseaux. MM. Bouillaud, Brière de Boismont, Cruveilhier, Fauvel, Durand Fardel, Monneret, ont vu les diverses parties de l'angichole (conduits hépatique, cystique et cholédoque, vésicule biliaire) être atteintes de cancers secondairement à celui du foie, ou présenter de nombreuses lésions consécutives. Celles-ci, comme on le pense bien, ont consisté dans des phlegmasies, des pyies, des sténosies, des ectasies, des chololithies, des atrophies ou des hypertrophies de parois, etc. La vésicule épaissie a présenté parfois à sa surface un aspect bosselé ou a contenu des

matières variées. Il s'y est formé des champignons cancéreux, des calculs biliaires, etc. (Durand Fardel, *Arch. génér. de méd.*, 3e série, t. VIII, p. 167.)

Etat des organes autres que le foie dans les carcinies hépatiques.

8599. Le péritoine qui recouvre le foie cancéreux est souvent enflammé et adhérent. L'estomac, le pancréas, le colon, les glandes mésentériques, la rate, le poumon, le rein, l'utérus, l'ovaire, etc., présentent fréquemment des altérations carciniques coexistantes. Dans l'hépatocarcinie, l'hydropéritonie est très-fréquente, et une foule d'autres états pathologiques peuvent se manifester, chez les malades atteints de cancers hépatiques, dans les organes centraux de la circulation, de la respiration et de l'innervation.

Mélanosies. Phymies.

8600. A part les cas dans lesquels on trouve mélangées, avec les tissus squirreux et encéphaloïdiques, quelques faibles proportions de matière noire, les mélanosies du foie sont peu communes. Je ne me rappelle pas en avoir observé. La plupart des anatomopathologistes sont dans le même cas, ou bien ils n'en ont rencontré que très-rarement (Laënnec, Andral, Martin-Solon, Behier, etc.). On dit que là, comme ailleurs, elles peuvent exister à l'état liquide ou avoir une consistance solide. Le docteur Heyfelder admet que la mélanose du foie est ordinairement enkystée. M. Cruveilhier rapporte une observation d'hépatomélanosie dans laquelle le foie pesait huit livres.

8601. D'après les auteurs, les tubercules du foie sont rares, fait qui paraît incontestable, si l'on considère exclusivement comme phymies, des productions absolument semblables à celles qu'on observe dans les poumons. Cependant, chez les enfants, on trouve assez fréquemment des granulations tuberculeuses miliaires. Certains abcès hépatiques spontanés, développés chez les gens qui portent des pneumophymies, pourraient bien, dans le principe, n'avoir été autre chose que de la matière tuberculeuse. Du reste, nous avons déjà parlé ailleurs de l'état gras du foie chez les phthisiques (n° 8526).

Biorganographie. Symptomatologie.

8602. L'hypertrophie (n° 8406), les dysmorphies (n° 8392), les célies développées dans quelques points de l'étendue du foie, la dureté, la rénitence, les bosselures, les inégalités observées à la surface de l'organe, sont les seuls phénomènes physiques qui, reconnus soit au moyen de la palpation, soit à l'aide de la plessimétrie, peuvent donner des documents positifs sur l'existence des carcinies ou des

mélanoses hépatiques. Il en serait à peu près ainsi des hépatophymies, mais seulement dans le cas où celles-ci offriraient un grand volume.

Symptômes en rapport avec des altérations de forme, de siége, etc.

8603. Les symptômes des hétérotrophies du foie peuvent être divisés en deux catégories :

8604. Les uns sont en rapport avec les altérations de siége, de forme, de volume, que l'organe présente, par suite des graves lésions anatomiques dont il est le siége. De là résultent : 1° des sténosies angicholiques (n° 8429), et partant, la cholémie (ictère), la dilatation de la vésicule, etc.; 2° des sténosies pyloriques (n° 7462), la compression de l'estomac ou des colons, qui donne lieu à des vomissements, à des gastropathies, à des entéropathies variées, à des rétentions de liquides ou de gaz dans le tube digestif (n° 7496), etc ; 3° des refoulements du poumon, du cœur, des gros vaisseaux par le foie, refoulement qui devient la cause mécanique de dyspnée, d'angiairaphrosie (n° 5961), de pneumonémies hypostatiques (n° 6778), de dyscardiosthénie (n° 2159), de cardiectasie (n° 1688), de sténosie aortique (située à la hauteur du foie), de rétrécissement de la veine-cave inférieure suivi d'abord de l'hydropisie des extrémités inférieures, puis du péritoine; de sténosie de la veine-porte, et alors l'hydropéritonie précède l'hydrethmie des membres (Andral); 4° quand de très-nombreuses hétéromorphies développées dans tout le parenchyme hépatique agiront par compression ou par oblitération sur la plupart des rameaux de la veine-porte, alors il se déclarera encore une ascite dont la cause anatomique sera la même que celle qui sera en rapport avec la sténosie du tronc de cette même veine.

Symptômes en rapport direct avec les carcinies elles-mêmes.

8605. Les autres symptômes en rapport avec les hétérotrophies hépatiques tiendront à ces états pathologiques eux-mêmes, et ils ne différeront pas, pour le foie, de ce qu'ils sont pour des lésions du même genre développées dans toute autre partie. Nous renvoyons, pour ces symptômes, soit aux généralités sur les carcinies (n° 459), sur les mélanosies (n° 517), et sur les phymies (°n 400), soit à ce qui a été déjà dit ailleurs des cancers, des mélanoses ou des tubercules dans d'autres organes (n°s 7064, 7204, 7209, etc.).

8606. Deux circonstances principales doivent porter à croire que des hypertrophies, des atrophies, des dysmorphies, des célies du foie, sont de nature cancéreuse ou mélanique : l'une consiste en

ce que d'autres organes, tels que l'estomac, l'utérus, les mamelles, les testicules, le rectum, les intestins, la peau, etc., sont atteints d'hétérotrophies cancéreuses; l'autre est l'existence des anomémies, des cachexies qui se manifestent d'ordinaire par suite de la présence des cancers ou des mélanoses.

Symptômes des hépatophymies.

8607. On est conduit à penser que des souffrances du foie sont tuberculeuses, quand il y a, vers les poumons ou l'intestin, vers les ganglions lymphatiques ou les os, etc., des phénomènes de tuberculisation, et quand se déclarent des accidents de pyémie chronique (fièvre hectique).

Absence de douleur dans les cancers du foie.

8608. Les douleurs lancinantes, données en général comme des symptômes constants de la présence des carcinômes dans les tissus, sont le plus souvent tout à fait nulles, alors que ces cancers se développent dans le foie. Cettte circonstance est de la plus haute importance. Elle se retrouve dans presque toutes les carcinies des organes profonds. Rapprochée de cet autre fait : que les opérations pratiquées dans les masses cancéreuses sont exemptes de toute sensibilité, ou encore de celui-ci : que les douleurs développées dans les organes à la suite des carcinômes, tiennent à des contractions musculaires (nos 7432, 8263), à des dilatations (no 8264), ou à des compressions, soit des nerfs, soit d'organes sensibles, elle tend à nous faire croire que le cancer n'est pas *par lui-même* éminemment douloureux.

Marche des hétérotrophies hépatiques.

8609. La marche, la succession des accidents précédents est constamment chronique; circonstance qu'il ne faut pas oublier sous le rapport du diagnostic. Les symptômes du début sont très-obsurs, et fort souvent les malades sont atteints de cancers ou de tuberculisations du foie, alors qu'il n'avaient éprouvé depuis longtemps que des phénomènes très-peu marqués et en rapport probable avec des gastries ou des hépathies mal caractérisées. Cette proposition est d'une application pratique journalière, ainsi que l'observation clinique faite sur les vieilles femmes de la Salpêtrière pourrait facilement en donner la preuve. Chez les phthisiques, l'état gras du foie ne se révèle le plus souvent que par l'hypertrophie (no 8406) ou lors de la nécroscopie.

L'influence des saignées et des évacuations alvines sur le cancer ou sur les tubercules du foie est nulle.

8610. L'un des caractères les plus propres à faire croire que le foie est atteint de quelque hétérotrophie, est de voir cet organe présenter une grande augmentation de volume, et persister dans cet état, immédiatement après les saignées ou après l'emploi des émétocathartiques (n° 8498). Quand il arrive encore que, sous l'influence de ces moyens, le foie diminue sur certains points et présente sur d'autres des dysmorphies, des célies qui ne changent en rien de dimension, ce sont là des raisons de plus pour croire que des productions anomales existent sur ces mêmes points.

Pathogénie. Thérapeutique.

8611. Ce que nous pourrions dire ici des circonstances qui président au développement des carcinies, des phymies ou des mélanosies hépatiques, ne différerait en rien de ce qui a été établi pour ces mêmes lésions existant dans d'autres organes (nos 7130, 7205, 7210).

8612. Nous en dirons autant du traitement (nos 7153, etc.). Ces productions nous paraissent être en elles-mêmes tout à fait au-dessus du pouvoir de la médecine. Certes, on conçoit qu'un tubercule puisse se vider après avoir suppuré; on conçoit qu'il se convertisse parfois en une masse calcaire et phosphatique; on conçoit que les cancers, que les mélanoses soient frappés de mortification et se séparent, au moyen d'un abcès, du reste de l'économie; mais ce n'est point là une guérison proprement dite. De tels procédés thérapeutiques ne peuvent être provoqués par les secours de l'art. D'ailleurs, on ne cite point d'observations semblables pour le foie. Une augmentation incessante, ou une persistance absolue des accidents, telle est la triste alternative à laquelle le malade est soumis. Oserait-on espérer que, par un moyen quelconque, le foie rempli de célies carciniques, mélanosiques ou phymiques, puisse revenir à son état nomal ? Ni les bicarbonates alcalins, ni les eaux minérales, ni le savon médicinal, ni la ciguë, ni le mercure, ni l'iodure de potassium, ne feront que des carcinies, que des mélanosies ou que des phymies redeviennent jamais le tissu naturel du foie. J'aimerais mieux qu'on vînt m'affirmer qu'une feuille d'automne devenue jaune puisse prendre, par l'emploi d'un médicament, l'organisation de la jeune feuille du printemps, que d'entendre dire que l'on ramènera de telles hétérotrophies aux conditions des tissus sains.

8613. Ce qu'on peut et ce que l'on doit faire, c'est de remédier

aux états pathologiques coïncidents, tels que des hémies, des phlegmasies, des sténosies, des ectasies, etc., survenus consécutivement dans le foie, dans ses vaisseaux ou dans les organes voisins. Ce que l'on doit faire encore, c'est de ne point exténuer les malades par une abstinence absurdement prescrite, et de ne pas augmenter les chances de mortalité propres à la maladie par les chances mauvaises d'un traitement dangereux. Prolongez la vie, en réparant les pertes au moyen d'un bon régime et par l'habitation dans des lieux où l'air est pur, dans les établissements d'eaux minérales, si vous le voulez; mais ne l'abrégez pas par votre diète sévère, par vos purgatifs et vos évacuations sanguines.

CHAPITRE XV.

HÉPATOZOOTIES (entozoaires dans le foie).

HÉPATOHYDATIDIE (hydatides du foie).

8614. Des entozoaires peuvent se développer dans le foie, et de ce nombre sont des acéphalocystes et la douve. Des vers lombrics venant de l'angibrôme se sont introduits dans les voies biliaires. Galien commentant l'aphorisme n° 55 de la VII[e] section d'Hippocrate, parle de vésicules pleines d'eau que parfois l'on trouve dans le foie; Hartmann et Tyson (1686, 1691), et beaucoup plus tard Lassus, s'occupèrent, soit des kystes d'acéphalocystes du foie, soit de leur diagnostic et de leur traitement. Laënnec, puis M. Cruveilhier, les décrivirent avec un soin extrême. J'ai donné un signe plessimétrique positif pour reconnaître certains cas de cette affection dont M. Récamier entreprit la cure, et sur laquelle M. Barrier, en 1840, publia une excellente dissertation.

Nécrorganographie. — Hydatides hépatiques.

8615. Nous ne reviendrons pas ici sur la description des hydatides, elle a été tracée ailleurs (n° 542). On a dit en avoir vu de libres dans le foie. Le plus souvent elles y sont enkystées. M. Cruveilhier pense qu'il n'y a ordinairement qu'une seule poche. M. Barrier cite plusieurs cas (presque le tiers) dans lesquels il en a existé plusieurs, et d'autres encore où il s'en trouvait aussi dans d'autres organes. Le plus ordinairement ils siégent dans le lobe droit. Bien que se montrant souvent à la surface du foie, leur origine est souvent dans la profondeur de l'organe. Le kyste hydatifère offre une

remarquable tendance à se porter en hant et en arrière. J'ai vu sept ou huit exemples de ce fait. Dans l'un d'eux, le kyste s'ouvrit dans la veine-cave inférieure, et cette rupture causa une mort instantanée; dans un autre, il y eut une perforation du diaphragme et de la plèvre. Ailleurs, la tumeur se développe à la face inférieure. Dans un remarquable cas de ce genre observé par moi, en ville, un kyste qui *me paraissait* être hydatifère se rompit dans le péritoine *et cependant la mort ne fut pas la conséquence de ce fait.* Presque toujours il y a une poche commune dans laquelle existe un grand nombre d'acéphalocystes. Naumann en a compté plus de neuf mille dans une seule cavité (citation du *Compendium*). Souvent la tumeur acquiert un énorme volume et refoule l'organe dans un sens opposé à celui dans lequel elle se développe. Quand elle est plus petite, le foie peut recouvrir de toutes parts la tumeur, et M. Barrier a fait des calculs statistiques pour établir la proportion de ces cas.

8616. La structure des kystes hydatifères du foie offre des variétés. Leurs parois, ordinairement assez épaisses, ont parfois la dimension de plusieurs centimètres. Des couches pseudoméningées, blanchâtres, grisâtres, souvent d'apparence fibrineuse ou même puriformes y présentent une disposition stratifiée qui a de l'analogie avec ce qu'on observe à la surface interne d'anciennes artérectasies (anévrysmes). J'ai vu, surtout chez les vieilles femmes, de ces parois de kystes d'acéphalocystes, cartilagineuses, ossifiées, ou, pour parler plus exactement, transformées partiellement en concrétions lithiques. Les liquides contenus dans ces poches sont souvent clairs, mais, d'autres fois, on les y voit mélangés avec des matières d'apparence séro-purulente, avec des fragments crétacés ou des débris d'hydatides. C'est dans de tels véhicules que fréquemment sont contenues les vésicules hydatiques, dont les dimensions peuvent présenter des degrés très-divers, mais qui, en général, ont celles d'une noisette ou d'une petite noix.

État du foie autour des kystes hydatifères.

8617. L'état du foie autour des tumeurs hydatifères varie. Quelquefois refoulé, ailleurs atrophié, dans d'autres cas hypertrophié, cet organe présente parfois des sténosies de ses vaisseaux sanguins ou biliaires. M. Saussier a cité un cas dans lequel des tumeurs hydatigènes s'étaient développées dans le canal hépatique.

Douve, distôme hépatique. Lombrics ou ascarides lombricoïdes.

8618. On a donné le nom de douve, de distôme hépatique, à

des entozoaires que l'on rencontre très-rarement dans la vésicule, dans les conduits biliaires, ou même dans les intestins. Jamais, suivant Rudolphi, ces vers ne se trouvent dans les divisions de la veine-porte. Ils existent plus fréquemment chez les animaux que chez l'homme.

8619. Ces vers ont à l'état adulte un pouce de long à peu près, et quatre à six lignes de large. Ils sont d'un blanc jaunâtre, jaunes, verts ou tirant sur le roux. Leur corps est aplati, ovalaire, un peu élargi en avant, plus mince en arrière; l'extrémité caudale est obtuse et les bords intacts; l'ouverture antérieure, constituée par un seul pore arrondi, est située sur l'extrémité d'un cou conique et assez court; le pore postérieur occupant la partie la plus large du ventre est un peu rapproché du cou, de forme arrondie et plus grand que l'ouverture antérieure. On observe en outre deux suçoirs courts, flexueux rétractiles et pouvant s'élargir et s'arrondir à la pointe (Rudolphi, Histoire des entozoaires ou vers intestinaux). Les lombrics qui s'introduisent dans les voies biliaires ne sont autres que ceux qui proviennent de l'angibrôme.

Biorganographie.

8620. Lorsque les kystes hépatiques hydatifères sont très-volumineux, l'inspection fait reconnaître une saillie dont la dimension répond, jusqu'à un certain point, à celle de la tumeur existant sur le lieu qui lui correspond. La palpation permet mieux encore de saisir la forme et les rapports de la masse hydatique, soit avec le foie, soit avec les parties circonvoisines. Elle fait quelquefois sentir que la tumeur touche directement le bord inférieur de l'organe hépatique ou qu'elle est presque confondue avec lui. Ailleurs, le toucher donne des notions sur le volume, sur la densité, la dureté, les inégalités, les divisions que sont susceptibles de présenter les productions dont il s'agit. La palpation donne encore, dans certains cas, une sensation qui se confond avec celle du frémissement hydatique appréciable par la plessimétrie et dont nous allons parler.

Plessimétrie des kystes hydatifères.

8621. *La plessimétrie* permet d'assigner la forme, l'étendue, la circonscription, la dureté, soit des tumeurs hydatigènes, soit de leurs enveloppes. Elle démontre jusqu'à l'évidence que le foie est en contact immédiat avec la production anomale. En effet, entre le point où la célie commence à se trouver et celui où le rebord hépatique

existe, on ne rencontre point d'intervalle où se manifeste un son clair en rapport avec la présence du tube digestif rempli de gaz. Cette circonstance importante est le meilleur moyen de distinguer les tumeurs hydatifères du foie des ovarocélies. Quand une masse développée au-dessous de l'organe sécréteur de la bile est constituée, en partie par des hydatides, en partie par d'autres productions anomales (ce qui, du reste, est fort rare), on trouve, sur les différents points de la tumeur, des caractères variés de dureté, d'élasticité, etc., qui correspondent aux différents tissus qui entrent dans la composition de la masse dont il est ici question.

Frémissement, bruit hydatique. Discussions qui y sont relatives.

8622. Mais tous ces caractères sont communs et aux kystes hydatifères et à toute autre tumeur du foie. Il n'en est pas ainsi du phénomène suivant, qui est à coup sûr l'un des plus remarquables que produit la plessimétrie (Traité de la Percussion médiate, p. 32). Lorsqu'on vient à percuter un kyste contenant dans sa cavité un nombre plus ou moins grand d'acéphalocystes (dont la consistance est assez analogue à celle d'une gelée), il en résulte, si l'on tient pendant quelque temps le doigt appliqué sur le plessimètre après l'impulsion communiquée, un frémissement spécial, et un bruit de tremblottement appréciable aussi par la stéthoscopie. J'ai donné à ce bruit le nom de frémissement hydatique. Il ressemble assez bien aux vibrations qui résultent du choc imprimé, soit au ressort d'une montre à répétition, soit à ces spirales d'acier élastiques que l'on place dans certains meubles. Ce n'est point là, comme on l'a dit très à tort, le bruit hydraérique (n° 669), ni le bruit de cuir neuf (n° 1933), ni le flot de l'ascite. C'est quelque chose de tout à fait spécial, ainsi que l'ont constaté MM. Tarral, Reynaud, Barrier, Monneret et Fleury (*Compendium* de méd. prat., t. 3, p. 110 et suiv.). En vérité, il suffit d'avoir une seule fois percuté une semblable tumeur pour ne jamais confondre la sensation du frémissement hydatique avec tout autre phénomène plessimétrique ou stéthoscopique. C'est une chose très-fâcheuse que de voir affirmer ou nier un fait alors qu'on ne s'est pas livré à une étude ou à une pratique suffisante de ce fait. M. Corrigan n'ayant pas eu l'occasion d'observer le frémissement hydatique, *et connaissant à peine la plessimétrie*, a entièrement confondu ce phénomène *avec le bruit de cuir neuf, choses qui n'ont entre elles rien de comparable.* M. Cruveilhier lui-même aurait dû peut-être avoir un peu plus de confiance dans les recherches

consciensciеuses de son collègue et ami, quand il écrivait, en 1829, *qu'il y avait lieu de croire que cette sensation était tout à fait illusoire* (Dict. méd. chir. prat., t. Ier, p. 208). Je suis persuadé qu'actuellement M. Cruveilhier a changé d'avis sur ce sujet, et il est impossible que cela ne soit pas, s'il a connaissance des très-nombreuses recherches faites par MM. Tarral, Reynaud, Barrier, Jobert, Monneret et Fleury.

8623. Du reste, il faut l'avouer, ce caractère plessimétrique si positif des hydatides est fort rarement obtenu ; je ne l'ai rencontré qu'un très-petit nombre de fois, et seulement dans les cas où un seul kyste renfermait un assez grand nombre d'acéphalocystes. C'était toujours dans le foie que la tumeur avait son siége ; il paraît cependant que MM. Jobert et Monneret ont observé ce frémissement dans l'hydatide unique qui constituait une tumeur sous-deltoïdienne. Ce qui appuierait ce fait, c'est que M. Tarral dit qu'en posant une hydatide dans sa main, il avait éprouvé une sensation du même genre.

Excrétion et inspection de la douve ou distôme hépatique.

8624. L'excrétion de douves par le tube digestif, jointe à la coexistence d'accidents hépatiques et de cholémie, seraient les seules circonstances qui pourraient faire admettre comme probable l'existence de ce ver.

Symptomatologie. Diagnostic.

8625. Les symptômes des hydatides hépatiques ne diffèrent guère, en général, de ceux des autres hépathies accompagnées d'hypertrophie. Ce n'est pas par eux-mêmes que ces entozoaires donnent lieu à des accidents, mais c'est bien par la compression qu'ils causent, par la gêne qu'ils déterminent dans l'accomplissement des fonctions soit du foie lui-même, soit des organes qui l'entourent (n°s 8384, 8415). En général cependant les sujets atteints de vastes kystes hydatifères du foie présentent un aspect blafard, une teinte pâle qui m'a semblé parfois leur être propre; peut-être celle-ci est-elle le résultat des troubles de digestion et de la gêne qui surviennent consécutivement dans la circulation et surtout dans la respiration. Sur d'autres individus atteints d'hydatides hépatiques, on ne voit aucun symptôme général en rapport avec une telle lésion ; la cholémie qui survient parfois dans de semblables cas, et dont j'ai vu un remarquable exemple (n° 8242), est une conséqnence de la compression que les tumeurs ont déterminée dans les conduits excréteurs de la bile. Plus d'une hépatémie observée dans de tels cas est elle-même le résultat

quelque influence du même genre exercée sur les veines du foie. pression que la veine-porte éprouve peut donner lieu à une hy-opéritonie. Celle qui est portée sur la veine-cave inférieure cause rfois le même accident, et en même temps l'œdème des extrémités férieure. Le voisinage existant entre l'estomac, le pylore et les tu-eurs hydatifères du foie rend compte des vomissements souvent servés dans de tels cas. Le refoulement du diaphragme par le kyste t la source de la dyspnée et des cardiopathies qui ont lieu si sou-nt dans de telles circonstances.

Kystes hydatifères situés dans la profondeur du foie.

8626. Il faut diviser, du reste, les célies hydatigènes du foie en ux grandes catégories :

8627. Les unes sont situées dans la profondeur de l'organe ou ns ses régions postérieures et supérieures. Leur diagnostic est rt obscur, et les phénomènes fonctionnels auxquels elles don-nt naissance sont souvent si peu marqués, que c'est tout au plus l'on peut soupçonner leur existence. Toutefois, si l'on étudiait avec s de soin, par la plessimétrie, le foie en arrière (ce que moi-ème je néglige trop souvent de faire), on obtiendrait parfois peut-re des résultats satisfaisants. On pourrait trouver, par exemple, telle térotrophie partielle, telles altérations de configuration; on pourrait isir sur les points déformés tels caractères de dureté ou encore frémissement hydatique que l'on arrivât, sinon à un diagnostic écis, au moins à des probalités sur l'existence de kystes hydatigè-s volumineux et développés enarrière dans la masse du foie. Dans usieurs cas observés par moi sur le cadavre, et dans lesquels il istait de semblables tumeurs, il était évident soit par les résultats la percussion pratiquée sur les organes mis à découvert, soit par nspection du siége et de la forme du mal, qu'il eût été possible, percutant convenablement, de reconnaître en arrière l'existence ces tumeurs.

Kystes hydatifères de la face inférieure du foie.

8628. Les autres kystes hydatifères sont développés à la face in-ieure du foie; on peut, en général, les caractériser par les si-es physiques et par les symptômes fonctionnels dont il a été pré-lemment parlé.

actères distinctifs des kystes hydatifères du foie. Tumeurs d'une autre nature.

8629. Nous avons vu que le plus souvent il était facile de

distinguer les kystes hydatifères des tumeurs de l'ovaire (n° 8621). Il en est ainsi de celles, beaucoup plus rares, dont le mésentère est le siége. Presque toujours on trouve aussi, par la plessimétrie ou par la palpation, qu'entre ces dernières célies et le foie, il y a un espace sonore ou mat qui correspond aux viscères abdominaux. Ce diagnostic serait infiniment plus embarrassant si les tumeurs ovariques ou mésentériques touchaient à l'organe hépatique; mais alors ce serait seulement par quelque point de la surface du bord inférieur de ce viscère que le contact aurait lieu. Partout ailleurs on trouverait une masse globuleuse qui, latéralement, s'écarterait du foie en laissant entre elle et lui un angle rentrant rempli par des portions de l'angibrôme et donnant lieu le plus souvent à de la sonorité. Presque toujours encore les tumeurs dont il s'agit sont mobiles, et ne sont pas adhérentes au rebord du foie. Nous verrons dans le volume suivant quels sont les caractères propres à distinguer les néphrocélies soit des masses hydatifères du foie, soit de l'hydropéritonie. Les tumeurs cancéreuses occupant le pylore et la région sous-hépatique sont plus dures, plus inégales à la palpation, et plus résistantes. En général elles donnent à la plessimétrie un son plus ostéique; elles causent ordinairement plus de symptômes fâcheux que les kystes hydatifères du foie, et ces symptômes sont en rapport soit avec la compression des organes voisins, soit avec l'état général du malade.

8630. Des abcès à marche très-chronique, des kystes non hydatifères du foie, seraient difficilement distingués des tumeurs formées par des acéphalocystes. Ces dernières célies, en effet, contiennent parfois un liquide vraiment purulent, et une seule hydatide à dimensions énormes est parfois contenue dans une vaste tumeur membraneuse. Il est vrai que dans tous les cas précédents, autres que les kystes d'acéphalocystes, *on ne trouve pas de frémissement hydatique;* mais, en définitive, ce caractère précieux manque dans un grand nombre de tumeurs formées par les entozoaires dont nous parlons.

Ponction exploratrice.

8631. On conçoit dès lors comment on a proposé, dans les cas douteux, d'avoir recours à une ponction exploratrice. Bien que l'on ait blâmé ce moyen comme dangereux, il paraît certain qu'en se servant d'une canule et d'un trois-quarts très-fins, le danger est presque nul; seulement cette ponction servirait très-bien à faire distinguer une masse solide d'une tumeur liquide, et elle ne serait

ière capable de faire établir quelque différence entre une masse hydatifère et un kyste. Des deux côtés, en effet, il s'écoulerait de la sérosité, et la canule n'aurait pas des dimensions assez grandes pour que des fragments d'acéphalocystes pussent, en s'y engageant, donner du positivisme au diagnostic.

Absence d'albumine dans le liquide des kystes hydatifères.

8632. On a dit que le fluide extrait des kystes simples renfermait de l'albumine, ce qui n'avait pas lieu pour l'humeur contenue dans les tumeurs hydatifères. Or, cette proposition est loin d'être vraie dans tous les cas; car j'ai fait analyser le liquide contenu en abondance dans un énorme kyste ovarique, et l'on n'y trouva pas même la plus faible trace d'albumine.

Marche des symptômes. Ouverture des kystes hydatifères dans le péritoine, la veine-cave inférieure, etc.

8633. La manière dont les hydatides du foie se développent est toujours lente. Le début en est d'une telle obscurité que, le plus souvent, aucun symptôme n'en révèle l'existence première. Dans les vingt-quatre cas recueillis par M. Barrier, la durée du mal a varié de deux à trente ans. Lorsque le volume de la tumeur est porté à un tel point qu'elle altère les fonctions, alors il arrive que la marche du mal devient très-rapide. La mort peut avoir lieu : souvent par suite de la compression des organes voisins; rarement, comme conséquence d'une vaste suppuration; quelquefois par la rupture du kyste dans la plèvre. Lassus, M. Andral et moi-même (n° 8242) nous en avons vu des exemples. Ailleurs c'est le péritoine dans lequel s'ouvre la tumeur. On a dit que ce cas était toujours mortel : j'ai vu, sur un officier de gendarmerie, un énorme kyste du foie, qui paraissait être de nature hydatique, se perforer. Le frémissement hydatique n'avait pas existé; la tumeur disparut; tout à coup on trouva dans le péritoine des signes positifs d'hydropéritonie. Il n'y eut pas d'accidents. Malheureusement, quelques jours après, je perdis ce malade de vue, de sorte qu'il me reste dans l'esprit beaucoup de doutes sur ce sujet (n° 8615).

8634. J'ai vu à la Salpêtrière un kyste hydatifère à parois ossifiées se rompre dans la veine-cave inférieure, et causer une mort instantanée. On cite des exemples d'ouverture de semblables tumeurs dans le tube digestif, dans les voies aériennes, à travers les parois abdominales, ou par plusieurs de ces parties à la fois. La guérison, quoique cela soit fort rare, peut être le résultat de l'ouverture

des kystes hydatifères dans des cavités ou sur des surfaces communiquant à l'extérieur.

8635. Lorsque les acéphalocystes sont morts, la masse entière peut éprouver des altérations variées, s'indurer, s'atrophier, prendre l'aspect de diverses hétérotrophies dont l'existence est incompatible avec une longue vie.

Symptômes en rapport avec l'existence de la douve et des lombrics dans les voies biliaires.

8636. Les symptômes en rapport avec l'existence de la douve ou des lombrics dans les voies biliaires ne peuvent pas différer de ceux des sténosies angicholiques (n° 8437).

Étiologie. Pathogénie.

8637. Ce n'est point ici le lieu de discuter sur la théorie de la formation des hydatides (n° 558). Nous devons renvoyer, pour ce qui y a rapport, aux généralités exposées sur les entozoaires dans notre premier volume, et surtout aux traités d'histoire naturelle qui traitent de cette question. Jusqu'à présent aucune application pratique ne peut être déduite des opinions exprimées par les zoologistes et par les physiologistes sur la manière dont se forment les hydatides, la douve ou les lombrics. Que ces êtres soient les produits de germes déposés dans nos organes, qu'ils se développent spontanément (explication qu'il est fort difficile d'admettre), peu importe, en définitive, à la pratique. Ce qu'il serait plus utile de savoir, ce serait d'apprécier nettement l'ensemble de circonstances dans lesquelles les entozoaires dont il s'agit viennent à se former. Or, nous sommes loin encore de pouvoir déterminer quelles sont les causes éloignées dont il s'agit. Seulement il semble qu'une certaine faiblesse de la constitution, que l'habitation dans certaines localités humides et mal saines, que certains âges, prédisposent aux entozoaires en général, et aux hydatides en particulier. En dire plus serait s'exposer à faire des conjectures sans fondement. Attribuer à l'inflammation la production première des acéphalocystes est une hypothèse que personne, de nos jours, ne s'aviserait, je crois, de soutenir.

Thérapeutique.
Médicaments internes.

8638. Le traitement médical des hydatides du foie est à peu près inconnu. Ni le savon, ni la ciguë, ni le calomélas, ni l'opium, n'iront agir sur les vers renfermés dans un kyste qui les isole et qui n'a aucune communication directe avec la circulation générale.

comprendre qu'une endosmose ait lieu à travers les tissus vivants et la poche hydatifère, entre la surface de la peau et l'intérieur même du kyste commun, paraît en dehors de toute possibilité. Ainsi les amers, l'huile essentielle de térébenthine, le goudron, l'huile empyreumatique de Chabert donnée à la dose de huit à dix gouttes dans une verrée d'émulsion, les frictions mercurielles ou d'hydrochlorate d'ammoniaque, ne nous inspirent, malgré des cas rares de guérison dont on a parlé, aucune confiance. Nous en dirons autant du sel marin recommandé à l'intérieur et à haute dose. Qu'on tente si l'on veut de tels moyens ; que l'on y ajoute encore, mais avec prudence, l'emploi de purgatifs ou d'émétiques donnés à des doses plus ou moins élevées ; mais on doit se rappeler, avant toute chose, que les hydatides sont des corps étrangers et situés pour ainsi dire hors de l'économie, et que les médicaments donnés à l'homme ne peuvent guère agir sur ces entozoaires. Contre ces corps étrangers, ce sont des moyens mécaniques qui conviennent spécialement, de sorte que la curation des hydatides enkystées du foie et presque entièrement chirurgicale.

Moyens chirurgicaux.

8639. Or, dans de tels cas, j'ai tenté quelquefois l'emploi de la compression, mais sans succès, cela se conçoit facilement quand on se rappelle combien il est difficile de la pratiquer convenablement sur l'hypochondre droit, et combien aussi elle pourrait avoir d'inconvénients si elle était dirigée sur les organes importants qui entourent le kyste.

Ouverture du kyste.

8640. On a proposé plusieurs procédés pour évacuer le liquide et les vers hydatiques, et j'avoue que, dans plusieurs cas, j'ai eu de grandes tentations d'ouvrir ces tumeurs.

Procédé de M. Récamier.

8641. M. Récamier applique sur celles-ci un fragment de pierre à cautère assez volumineux pour produire une escarrhe de la largeur d'une pièce de cinq francs. Il attend ou non la chute de cette escarrhe suivant la gravité des symptômes existants, et l'incise alors qu'ils sont très-intenses ; puis il place un nouveau morceau de potasse caustique, et il réitère cette opération jusqu'à ce qu'il soit arrivé au kyste. De cette sorte il s'établit entre les lames du péritoine des adhérences qui préviennent toute pénétration, et qui permettent même d'inciser légèrement autour de l'ouverture, et cela sans que la

cavité de la membrane séreuse abdominale soit ouverte; le liquide du kyste et les hydatides s'échappent par la plaie; on fait des injections avec des liquides émollients, ensuite détersif, puis excitants, et on a vu, après un mois, le kyste être revenu sur lui-même, se guérir ou laisser quelquefois une légère fistule.

Procédé de M. Bégin.

8642. M. Bégin, à l'aide d'une incision faite aux parois abdominales, met la tumeur à découvert; il lie avec soin les vaisseaux. Avant d'intéresser le péritoine, il attend que les adhérences soient établies au pourtour de la plaie entre la membrane interne de la paroi abdominale et celle qui recouvre le kyste. *Ce travail organique n'a guère lieu qu'après trois jours.* Alors une incision est faite à la tumeur dans la limite de ces adhérences, et peu à peu le liquide et les hydatides s'échappent soit par la plaie, soit par une canule qu'on y place, et qui y reste introduite.

Procédé de M. Jobert.

8643. Dans un autre procédé employé par M. Jobert, dont le talent opératoire est si bien connu, des ponctions successives sont pratiquées dans la tumeur et à quelque temps d'intervalle, avec un trois-quarts de moyenne dimension; on évacue le liquide, et on laisse la canule en place pendant vingt-quatre heures afin d'éviter un épanchement dans la cavité péritonéale, et de provoquer l'inflammation des parois du kyste. Après trois, quatre ou cinq ponctions, le liquide contenu dans la poche se trouble; celle-ci se détruit peu à peu, et finit par s'oblitérer. M. Bégin et M. Jobert ont chacun obtenu, par leur méthode, *un* fait de succès remarquable.

Instrument et procédé que nous proposons.

8644. L'instrument que nous avons proposé pour procéder à l'ouverture du tube digestif (n° 7478) (1) serait très-propre à pratiquer celle des kystes hydatifères. La crainte de la pénétration du liquide de la poche dans le péritoine est très-fondée; car des flocons de fausses membranes, des débris d'hydatides, des substances puriformes, peuvent y être mêlés au liquide, et occasionner dans l'abdomen des accidents mortels. *Le cas exceptionnel dont il a été parlé précédemment* (n° 8633) *ne pourrait motiver une opération hasardée.*

Tumeurs hydatifères opérables.

8645. N'oublions pas que les tumeurs hydatifères les plus opérables seraient: 1° celles qui, unilobées, récentes, médiocrement vo-

(1) Voyez aussi la note additionnelle placée à la fin de ce volume.

lumineuses, touchant au parois abdominales, n'offriraient pas d'anses intestinales situées en dehors d'elles et au-dessous des parois (la plessimétrie démontrerait ce dernier fait); 2° celles dont les enveloppes ne seraient ni trop épaisses ni trop indurées; 3° celles enfin dans lesquelles la fluctuation et le frémissement hydatiques seraient les plus manifestes.

8646. Dans tous les cas il faut être réservé dans la pratique de telles opérations, et y avoir recours seulement s'il survenait des accidents capables de compromettre la vie. On peut en effet exister longtemps, alors qu'on porte un kyste hydatifère, et la mort peut être la prompte conséquence de l'ouverture de la tumeur.

8647. Le fait que nous avons cité de guérison spontanée à la suite de l'ouverture d'un kyste présumé hydatifère dans l'abdomen, nous empêcherait, dans un semblable cas, de pratiquer la paracentèse. Cette opération a été proposée dans le but d'évacuer le liquide provenu de la rupture d'une semblable tumeur, et qui se serait épanché dans la cavité péritonéale.

Traitement opposé à la douve et aux lombrics engagés dans les voies biliaires.

8648. On ne sait rien sur la curation qu'il conviendrait d'employer contre la douve du foie. Le traitement par lequel on pourrait remédier à la présence des lombrics dans l'angichole, ne pourrait guère différer de celui que l'on oppose aux accidents produits par les entozoaires, alors qu'ils sont contenus dans le tube digestif.

CHAPITRE XVI.

DYSHÉPATONERVIES OU DYSNERVIES HÉPATIQUES
(Névroses, névralgies du foie).

8649. Le foie, les conduits et le réservoir de la bile reçoivent principalement leurs nerfs des plexus et des ganglions du grand sympathique. A peine quelques rameaux très-déliés, provenant de la huitième paire, viennent-ils se distribuer à l'organe hépatique. De plus, les fonctions de celui-ci ne sont point en rapport direct avec des sensations et des mouvements appréciables. Ces faits expliquent assez comment il se fait que les névropathies du foie sont très-rares et très-peu connues. On s'est plutôt livré, quand on a voulu en traiter, à des hypothèses ou à des analogies forcées qu'à des recherches exacts.

8650. Souvent, il faut l'avouer, lors de la délimitation exacte du

foie, faite au moyen de la plessimétrie, on trouve que cet organe est éminemment douloureux, et que cette sensation pénible n'est provoquée ni par la pression ni par la percussion, en dehors de la ligne qui circonscrit la glande ou les conduits biliaires; mais presque toujours alors le foie est hypérémié, hypertrophié ou altéré dans sa structure. Dans quelques cas rares, cependant, l'organe hépatique est vraiment douloureux (ainsi que la plessimétrie permet de le constater), bien que l'on n'y puisse saisir de modification de forme ou de volume qui soit en rapport avec cette souffrance. Certes, ce n'est pas là une raison suffisante pour faire admettre qu'il s'agisse d'une névropathie; combien n'est-il pas, en effet, de lésions véritables existant dans d'autres tissus qui, sans être accompagnées de modifications très-apparentes dans les dimensions ou dans la configuration, provoquent cependant de vives douleurs! Le foie, mal soutenu et abaissé, devient le siége d'une sensation pénible (n° 8384); le foie faisant saillie au-dessous de l'appendice sternal, pour peu qu'il ait été comprimé, devient douloureux (n° 7370). Or, on ne peut considérer de tels cas comme en rapport avec une souffrance nerveuse de l'organe hépatique; et il est beaucoup d'autres faits du même genre que l'on pourrait facilement citer.

8651. Le plus souvent les douleurs que l'on observe dans l'hypochondre droit sont en rapport avec des souffrances occupant les nerfs qui se trouvent au-dessous du rebord des côtes (1). J'ai constaté ce fait un très-grand nombre de fois. Cette souffrance est aussi fréquente chez les femmes que les coliques hépatiques y sont rares. A l'occasion des chololithes, j'ai déjà parlé de faits de ce genre (n° 8581).

8652. J'ai traité ailleurs et avec détail de la série d'accidents que les auteurs considèrent comme des coliques hépatiques (n° 8580). Ces phénomènes ont été souvent rapportés à des névropathies,

(1) M. Bassereau, lorsqu'il était interne dans mon service, a publié des faits recueillis sous mes yeux sur ces affections. C'étaient là des idées que je professais journellement et que j'avais consignées en très-grande partie dans mon Traité de Diagnostic (n° 4666). Les bases du Mémoire de M. Bassereau sont largement tracées dans le tableau de la névralgie brachiothoracique. Là, j'attaquais, avec conviction et énergie, la prétendue irritation spinale des Anglais, de sorte que je me crois en droit de revendiquer pour moi une très-large part dans les citations que font les auteurs modernes du mémoire de M. Bassereau. Ce médecin, du reste, n'a point oublié de mentionner mes travaux sur ce sujet.

et l'on a pris pour ces coliques, les névralgies intercostales dont il a été précédemment parlé.

8653. Ailleurs encore, faute de moyens de diagnostic assez précis pour assigner à tel ou tel organe le siége fixe d'une douleur, on a rapporté au foie telle gastralgie, telle entéralgie due à des contractions musculaires (n° 8263), à des distensions (n° 8264) ou même à des affections névropathiques. La plessimétrie, en déterminant le lieu où se trouvent les divers viscères, ne permettrait pas à l'avenir de commettre de telles erreurs.

CHAPITRE XVII.

HÉPATONÉCROSIE

(Gangrène du foie).

8654. Les anciens auteurs, tels que Bonet, Bianchi, et surtout les médecins qui ont observé dans les pays chauds, mentionnent des cas qu'ils considèrent comme des gangrènes du foie; mais ils ne précisent pas assez les caractères de celles-ci pour qu'on y reconnaisse nettement la nécrosie hépatique.

8655. On ne trouve pas notée, dans la plupart de ces observations très-incomplètes, l'odeur spéciale en rapport avec la gangrène. Toutefois, il ne faut pas s'exagérer l'importance de ce caractère; quand les tissus frappés de mort partielle ne sont pas en contact avec l'air, ils ne dégagent pas cette odeur qui résulte de la putréfaction des tissus à la température élevée du corps de l'homme. Le fœtus mort dans l'utérus, le cerveau nécrosié renfermé dans le crâne, ne présentent pas la fétidité gangréneuse qu'offrent à un si haut degré les escarrhes du poumon, de l'intestin, de la peau ou les foyers en communication avec l'air atmosphérique; le ramollissement, la fonte du foie avec désorganisation, *même inodore*, seraient, à vrai dire, des gangrènes. M. Cruveilhier a vu autour des masses cancéreuses disséminées, M. Andral a observé autour d'un abcès hépatique, des portions de foie qui offraient tous les caractères de la nécrosie. Du reste nous n'insisterons en rien sur l'hépatonécrosie, parce qu'elle est fort peu commune, et parce que l'étude purement théorique que nous en ferions n'aurait aucune utilité pratique. (*Voyez* pour les nécrosies en général notre premier volume.)

NOTE

relative à la perforation artificielle de l'angibrôme.

(Voyez la note du n° 7478.)

8656. Comprenant de plus en plus la très-grande utilité qu'il y aurait, dans beaucoup de cas pathologiques, à pouvoir ouvrir sans danger de pénétration dans le péritoine, les diverses portions de l'angibrôme, nous avons fait quelques recherches auxquelles nous nous étions proposés de nous livrer dans la note du n° 7478. Nous avons fait confectionner plusieurs instruments, qui, après avoir été introduits par la canule d'un trois-quarts destiné à ponctionner l'estomac ou l'intestin, devaient d'abord se déployer dans la cavité angibrômique, puis maintenir le viscère perforé en application immédiate avec les parois. Ces tentatives n'eurent aucune espèce de succès. Parmi les moyens de ce genre, une petite vessie de baudruche introduite par la canule dans l'intestin, puis insufflée, parut d'abord réussir, mais bientôt elle se perfora, puis fut mal maintenue, et il fallut y renoncer. Un fragment d'éponge préparée à la corde, porté dans l'angibrôme au moyen de la canule du trois-quarts, puis gonflé par l'humidité ou par des injections faites dans cette canule, a infiniment mieux rempli l'indication proposée. Autour du fragment d'éponge dont il s'agit, un double lien de fil était fortement noué, de sorte qu'en retirant, après le gonflement de l'éponge, les anses de ce lien, et cela en même temps que l'on enlevait la canule, les parois de l'angibrôme étaient exactement en contact avec les parois abdominales. L'éponge en effet était alors devenue de beaucoup trop volumineuse pour pouvoir sortir par la plaie résultant de la ponction faite avec le trois-quarts. Il suffisait ensuite de nouer les anses de fil sur un cylindre de diachylum placé à l'extérieur de la plaie pour appliquer la portion du tube digestif ouverte, sur l'enveloppe abdominale; de cette façon toute pénétration devenait à peu près impossible. En effet toutes les fois que dans les expériences cadavériques dont il va être parlé on a pu faire parvenir la canule dans le tube digestif, et maintenir l'éponge à l'aide du procédé précédent, *aucune portion de fluide ou de matières n'a glissé par l'ouverture de la portion, entre le tube digestif et le péritoine.*

8657. La difficulté et les inconvénients de ces opérations ne sont pas là. Elles sont dans la position elle-même et dans les obstacles

très-grands que l'on éprouve à pouvoir ouvrir l'intestin avec un trois-quarts, quelque bien affilé qu'il soit. Il faut avoir soi-même cherché à ponctionner de cette façon le tube digestif, pour se faire une idée de la manière dont l'angibrôme fuit au devant de l'instrument. Toutes les fois que l'intestin n'est pas distendu par des liquides ou par des gaz, toutes les fois qu'il n'est pas bien maintenu par un aide, il se laisse déprimer par la pointe du trois-quarts, qui pénètre seulement alors dans la cavité péritonéale. Ceci explique comment il se fait que souvent les blessures des parois abdominales avec pénétration ne sont en rien suivies d'accidents graves. De là vient encore que dans l'hydropéritonie pratiquée même sans précaution, par des gens inexpérimentés et lorsqu'on ne s'est pas donné la peine de rechercher, par la plessimétrie, si le tube digestif est situé derrière le lieu où l'on veut ponctionner, de là vient, dis-je, que très-rarement l'intestin est perforé. Il est vrai que, dans ce dernier cas, le liquide de l'hydropéritonie contribue encore à faire que le trois-quarts glisse sur les anses intestinales.

8658. Un autre inconvénient aussi grave que le précédent, c'est que souvent, dans les ponctions abdominales, l'intestin est percé de part en part, et que le trois-quarts vient à perforer les parties de l'angibrôme, ou des parois situées au-dessous de l'anse intestinale perforée.

8659. On conçoit, dans ces deux cas, le péril qu'il y aurait à pratiquer l'opération proposée. Si l'on faisait des injections dans la canule du trois-quarts pour dilater l'éponge, le liquide pourrait pénétrer dans le péritoine, et, d'un autre côté, si l'on transperçait les deux parois de l'organe ponctionné, l'une des ouvertures serait maintenue béante. Si l'éponge était appliquée au delà la cavité de l'angibrôme, et si après son gonflement on la retirait à soi, alors ce point du tube digestif serait en partie oblitéré par la compression que les liens, attachés au dehors sur le cylindre de diachylum, ne manqueraient pas d'exercer.

8660. Voici le résumé de quelques opérations cadavériques faites sous mes yeux et sur mon invitation, par M. Bidault, mon interne de cette année.

PREMIÈRE EXPÉRIENCE. (Estomac.)

8661. « Après avoir reconnu la position de l'estomac et circonscrit cet organe par la plessimétrie, un trois-quarts fut enfoncé un

peu obliquement, de bas en haut, au travers des parois de l'abdomen et à deux centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes, de façon à atteindre l'organe par sa face antérieure. Lorsque l'instrument eût pénétré de quatre à cinq centimètres dans l'abdomen *et que l'on crut avoir atteint l'estomac*, on retira le trois-quarts en laissant la canule en place; on fit alors passer par la canule dans le viscère un petit cylindre d'éponge préparée, munie de deux fils dont une des extrémités fut maintenue à l'extérieur. Les liquides contenus dans l'estomac, et introduits par la canule, déterminèrent le gonflement de l'éponge ; on retira alors la canule en attirant en même temps l'éponge de dedans en dehors, et bientôt la face antérieure de l'estomac fut en contact avec la paroi antérieure de l'abdomen; on la maintint dans cette position en fixant sur un petit rouleau de diachylum, les deux fils attachés au petit fragment d'éponge. L'abdomen ouvert, il fut facile de se convaincre que l'expérience avait bien réussi et *qu'il ne s'était fait aucun épanchement dans la cavité abdominale.* »

DEUXIÈME EXPÉRIENCE. (Estomac.)

8662. « Une assez grande quantité d'eau avait été introduite dans l'estomac, dont la figure avait été exactement tracée par la percussion, et cependant le trois-quarts, quoique enfoncé très-profondément dans la direction de ce viscère, ne pénétra pas dans la cavité, mais bien dans le péritoine. Cette expérience fut toute négative. »

TROISIÈME EXPÉRIENCE. (Estomac.)

8663. « Deux tumeurs cancéreuses situées l'une à la petite courbure, l'autre au pylore et à la portion pylorique de la grande courbure, maintenaient en quelque sorte la face antérieure de l'estomac tendue au devant de l'instrument qui pénétra dans sa cavité. Cette expérience a été, comme la première, suivie de succès. »

QUATRIÈME EXPÉRIENCE. (Cœcum.)

8664. « Le cœcum était facile à reconnaître par la percussion. Il était distendu par des gaz : cependant il ne fut pas percé par le trois-quarts, qui s'égara dans l'abdomen. »

8665. Plusieurs autres expériences pratiquées sur d'autres points du tube intestinal furent sans succès, et cela par les raisons qui ont été précédemment exposées.

8666. Dans un autre fait, M. Moulin, remplissant pendant les vacances dernières les fonctions d'interne, réussit encore dans une expérience analogue à la première.

8667. Tels sont les seuls faits que je possède; certes, ils ne sont pas suffisants pour autoriser encore sur l'homme, et pendant la vie, des opérations du même genre que les précédentes, *et ce serait un grand tort de tenter des opérations périlleuses alors qu'on aurait encore aussi peu de données positives.* Il faudrait, avant tout, que l'on perfectionnât les moyens précédents de façon à être sûr de n'intéresser qu'une paroi de l'angibrôme, et à parvenir certainement dans la cavité de telle ou telle portion de ce conduit, et non pas dans le péritoine. Nous suivrons, je l'espère, ces recherches; nous ferons, sur des animaux, les opérations que nous avons pratiquées sur le cadavre et que nous voudrions bien pouvoir être sans péril sur l'homme. Si nous avons quelques résultats pratiques, nous les mentionnerons dans nos volumes suivants. Pour le moment, voici ce que nous pouvons dire :

8668. Ce n'est guère quand l'intestin est vide ou peu distendu, qu'il est possible d'y pratiquer une ponction qui parvienne avec quelque certitude dans sa cavité.

8669. Lorsque l'angibrôme est dilaté sur un point par une grande quantité de gaz et de liquides, alors la ponction et l'opération indiquée précédemment deviennent possibles, faciles même, et paraissent devoir faire courir peu de risques aux malades atteints de tels états organopathologiques.

8670. A plus forte raison en serait-il ainsi pour des kystes hydatifères (n° 8664) ou ovariques, développés dans l'abdomen. Il est bien vrai qu'ici on pourrait être embarrassé de l'éponge qui semblerait pouvoir rester dans les cavités dont il s'agit, à cause de l'étroitesse de l'ouverture de la ponction; mais celle-ci pourrait être dilatée avec d'autre éponge préparée, et cela jusqu'au point où la sortie du premier fragment introduit deviendrait facile.

8671. Tous les points de l'angibrôme ne sont pas dans des conditions également favorables pour les opérations précédentes. Les intestins grêles ne s'y prêtent que fort peu, et ce serait exclusivement, comme nous l'avons vu dans les cas où les viscères seraient très-distendus par des liquides ou par des gaz, qu'il serait possible de songer à de telles manœuvres. L'estomac surtout, puis le cæcum, les régions lombaires et iliaque des colons présentent au contraire des dispositions beaucoup plus favorables pour la ponction et pour l'introduction de l'éponge. Aussi est-ce sur ces parties que les manœuvres dont il a été parlé ont exclusivement réussi.

8672. Pour faire avec avantage les opérations dont il vient d'être question, il faudrait toujours distendre préalablement les organes sur lesquels on voudrait agir, s'ils ne l'étaient pas spontanément. Ainsi, pour l'estomac, on ferait prendre des boissons abondantes ou on y injecterait des gaz, et ce serait, après avoir constaté par la plessimétrie le siége exact du viscère, son degré de distension et les points du ventre dans l'étendue desquels il correspondrait (n° 7425, etc.) au centre de ceux-ci qu'on pourrait pratiquer la ponction. Il en serait ainsi des injections d'air ou de liquides que l'on ferait pénétrer dans les gros intestins et qui devraient les dilater considérablement avant que l'on procédât à des opérations semblables. Dans les cas de sténosies du colon ou du rectum portées assez loin pour empêcher toute introduction de liquides par en bas, à l'aide de douches ou de tout autre moyen, il arrive souvent, comme j'en ai vu plusieurs cas, que l'intestin est assez distendu par les fèces au-dessus du rétrécissement pour qu'on puisse à la rigueur y porter le trois-quarts. *Bien entendu qu'avant d'introduire l'éponge, il faudrait bien s'assurer, par les qualités des liquides ou des gaz s'échappant de la canule, que l'on est bien parvenu dans les viscères.*

8673. Certes, il est de la plus haute importance pratique de donner suite à de telles idées et à de tels faits, car ici les cas d'applications seraient innombrables. S'il arrivait, par exemple, que l'on pût ouvrir impunément le tube digestif par les procédés décrits, voici quelques-uns des résultats qu'on pourrait en obtenir : 1° la possibilité de pénétrer dans l'estomac au-dessus d'un rétrécissement du pylore et de le dilater par des moyens mécaniques ; 2° les moyens rendus faciles de perforer l'estomac au-dessous d'un cardia oblitéré pour y introduire des aliments. Il est vrai qu'ici la ponction gastrique deviendrait difficile ou très-hasardeuse, alors que la sténosie cardiaque ne permettrait en rien et à l'aide d'une sonde l'accumulation de liquides ou de gaz dans la cavité gastrique. Nous avons vu, en effet, que les ponctions deviennent très-difficiles dans le tube digestif, alors qu'il est vide ; 3° la possibilité de pratiquer, *sans opération* sanglante, des anus contre nature, soit dans les régions lombaires ou iliaques du colon, soit dans le cœcum ; 4° une facilité plus ou moins grande à ouvrir le tube digestif rempli de gaz, et cela dans certains cas d'aérentérectasies énormes qui, refoulant le diaphragme, compriment les poumons, ainsi que le cœur et les vaisseaux (n° 7517) et compromettent la vie ; 5° des moyens, sans doute

très-périlleux à employer, d'arriver à ouvrir l'intestin sur des points ulcérés par suite de causes septicémique, cancéreuse ou phymique, et d'y porter des médications énergiques ; 6° un procédé applicable à l'ouverture des kystes ovariques ou hydatifères développés dans le foie ou sur son rebord (n° 8644).

8674. C'est parce que je pressentais toute l'utilité attachée à de telles opérations supposées suivies de succès, que j'avais adressé, cette année, à l'Académie des Sciences, un paquet cacheté qui renfermait et la description des instruments que je proposais, et les expériences qu'il me paraissait convenable de faire. Je désire de grand cœur, dans l'intérêt de l'humanité, que les espérances auxquelles les faits précédents donnent lieu soient consacrées par des expérimentations ultérieures, et *plus tard* par la pratique. Rappelons, à l'appui de ces espérances, que déjà des expérimentateurs distingués (MM. Blondelot et Saudras) sont parvenus à ouvrir l'estomac sur des animaux, à maintenir longtemps cette perforation béante, sans qu'il en résultât d'accidents.

NOTE

relative au bruit stéthoscopique spécial que donne le ténia.

(Voyez le n° 8136.)

8675. Tout récemment (20 oct. 1844) nous venons d'être assez heureux pour recueillir un fait complétement analogue à celui dont il a été précédemment parlé (n° 8136). Une femme entra, vers le 15 oct., dans la salle Sainte-Geneviève de l'hôpital de la Pitié. Elle avait rendu, la surveille, des fragments de ténia, qu'elle désignait très-nettement par sa forme aplatie, par ses anneaux, etc. Nous recherchâmes avec soin si le bruit spécial que j'avais entendu une seule fois et dans une semblable occasion, viendrait à se déclarer. La malade affirmait sentir fréquemment le ver se remuer ; mais au moment de ma visite elle n'éprouvait rien de pareil. J'auscultai avec soin le flanc gauche où la sensation dont il s'agit existait le plus souvent. Je n'entendis rien, et la malade ne ressentit aucun mouvement. Je sollicitai des contractions du ver au moyen de frictions, et j'écoutai de nouveau. Les résultats furent négatifs. Plusieurs élèves furent chargés d'examiner cette femme à diverses époques, et de rechercher s'ils entendraient quelques bruits spéciaux. Or, les jours suivants, la malade ayant rendu par les selles et sous l'influence de quarante-cinq grammes d'huile de ricin, un fragment d'un décimètre

de ténia, les élèves constatèrent de la manière la plus distincte l'existence d'un bruit spécial et très-caractéristique qui n'avait lieu chez aucun de nos autres malades. Ce bruit était tout à fait différent des borborygmes. Beaucoup moins fort que le son de ceux-ci, il était exprimé de façon différente par chacun de ces messieurs; mais on voyait en somme que c'était bien le même fait diversement traduit par les paroles de ceux qui l'observaient. Tous s'accordaient à dire qu'il était très-fin, visiblement produit par un corps grêle; qu'il revenait par saccades de la durée de quelques secondes ou même moins. Pour l'un (M. Aumerle) ce bruit ressemblait un peu à un murmure hydraérique, mais très-menu et frémissant; pour d'autres (MM. Labourdette et A. Baudoin), c'était comme un petit corps qui remuait promptement dans un liquide; pour M. Th. Baudoin, c'était le roulement très-faible d'une roue entendu de loin; pour un cinquième, un frémissement spécial, une ondulation très-fine analogue à celle que j'ai décrite (n° 8136). Ce même bruit fut entendu plusieurs jours de suite par plusieurs autres personnes, par M. Bidault et par moi-même. Cette femme, qui est encore dans nos salles où elle va prendre l'écorce de grenadier, accusait les mouvements du ver toutes les fois que l'on entendait le bruit, et chaque fois que les élèves éprouvaient la sensation produite par celui-ci, la malade déclarait sentir les mouvements du ver. Ceci eut lieu un grand nombre de fois. Le frémissement dont il s'agit s'entendait infiniment mieux lorsqu'on appliquait l'oreille sur le ventre qu'en se servant de la médiation du stéthoscope (1).

8676. Ce fait rapproché du précédent (n° 8136) ne laisse donc plus de doutes possibles sur l'existence d'un bruit spécial pouvant servir de signe dans le diagnostic du ténia. Ma première découverte avait laissé des doutes dans mon esprit; la réitération du même fait observé par plusieurs personnes, consacre la vérité et l'importance des résultats de l'investigation première. Dans mon opinion, quand on croit avoir trouvé un fait neuf et utile, bien qu'incomplet, il faut le publier tout d'abord, parce que c'est alors donner à d'autres des sujets de recherches nouvelles que les travailleurs peuvent féconder. Certes, dans le cas particulier dont il s'agit, s'il arrivait qu'un tel fait se généralisât, ce serait à coup sûr un progrès réel que de trouver le signe physique d'un état organique qui, jusqu'à présent, n'avait pour expression que des symptômes plus ou moins vagues.

(1) La malade dont il s'agit rendit, le 27 octobre, plus d'un mètre de ténia de deux centimètres de large.

NOTE

relative : 1° à une momification des tissus nécrosiés par la créosote, avec inocuité de ces tissus ainsi conservés ; 2° à une tumeur remarquable de la colonne vertébrale avec ramollissement de la moelle et anervie du rectum, de la vessie et des extrémités inférieures.

8677. Plusieurs faits récemment observés ont renouvelé pour nous l'observation remarquable consignée au n° 7989 (1).

8678. Sur une jeune femme qui, depuis six mois, avait été renvoyée d'hôpital en hôpital, et qui était, disait-on, atteinte de démence, il existait d'énormes escarrhes à la région sacrée. Les principes établis au n° 8298, p. 403, lui furent appliqués. Dès les premiers jours, l'odeur de gangrène cessa. Son affreux ulcère guérit, l'entérorrhée incessante qu'elle éprouvait s'arrêta, et chose bien inespérée, on vit l'état mental cesser et la prétendue démence fut remplacée par la santé.

8679. Un autre cas du même genre est encore bien plus remarquable sous le rapport de la thérapeutique de la gangrène et sous celui du diagnostic de l'état de la colonne vertébrale.

8680. Un Anglais est atteint, dans les salles, de paraplégie, d'incontinence d'urine, et de paralysie complète du sphincter anal par lequel s'échappent incessamment des matières dures; il entre dans nos salles au mois de septembre 1844. Bientôt le derme et une partie des muscles de la plus grande partie du bassin en arrière et sur la région trochantérienne droite sont frappés de mort. Des escarrhes se prononcent sur tous les points du corps qui supportent le poids du malade ou même de ses membres. Les pansements avec le lavage à grande eau, avec l'alcool créosoté et la poudre de quinquina, conservent si bien les parties mortes, les momifient si complétement, que, pendant plus de quinze jours, il n'y eut pas d'odeur de gangrène ni d'influence mortelle sur la constitution, ni même sur l'apparition de l'entérorrhée septicémique. C'était une chose horrible à voir que ce malheureux qui, privé de la peau de la plus grande partie du bassin, était cependant vivant; il conservait son intelligence, mais il ne pou-

(1) Ce numéro a été mal reproduit par l'imprimeur, page 404. — C'est 7989 et non pas 7979 qu'il faut lire.

vait prendre que peu des aliments toniques qu'on lui donnait largement. Il mourut plutôt d'anémie et d'inanition que de gangrène.

8681. On avait reconnu, dans les premiers temps, une saillie notable de trois apophyses épineuses vers le milieu du dos. Alors la percussion ne trouva pas que la colonne vertébrale fût sur ce point développée, et à coup sûr alors elle ne l'était pas. Plus tard, et avant d'ouvrir le corps, je reconnus par la plessimétrie, et M. Bidault, mon interne, MM. Aumerle, Labourdette, etc., le vérifièrent de leur côté, une tumeur située sur le point correspondant de l'épine, saillant de 2 à 3 centimètres à droite et à gauche de celle-ci, et s'étendant de haut en bas dans la dimension de neuf centimètres. Cette tumeur avait sans doute pris récemment beaucoup de volume, car les premiers jours de l'entrée, ce malade n'était pas paraplégique. La sensation que la percussion donnait sur le lieu malade était celle, non pas d'un os, mais d'un corps mat analogue à peu près au poumon hépatisé. Du reste, on n'aurait pu croire à la présence de celui-ci sur ce point, car évidemment il s'agissait d'une hypertrophie rachidienne. Tout à l'entour se trouvaient et l'élasticité et la sonorité pulmonaires. La nécroscopie fut faite. On enleva la colonne vertébrale et les côtes adhérentes par quelques traits de scie. On trouva une tumeur exactement du volume indiqué à l'extérieur par la plessimétrie. Le mal avait son siége dans le corps de deux vertèbres dorsales. Il contenait un mélange de matière tuberculeuse à demi ramollie, de sang coagulé et de fragments osseux, le tout entouré par le périoste des vertèbres malades, par leur fibrocartilage et par la membrane du conduit rachidien. Le corps des os affectés était entièrement ramolli, il cédait à la moindre pression; au plus léger mouvement, la tumeur faisait saillie dans le canal vertébral, *comprimait la moelle en formant de chaque côté de celle-ci une saillie allongée et arrondie*. La pulpe rachidienne était ramollie, diffluente et d'apparence puriforme dans toute l'étendue de la tumeur. Mon collègue et ami, M. le professeur Bérard, a été témoin de l'ouverture de ce cadavre, et a paru très-satisfait du positivisme de ce diagnostic plessimétrique.

8682. Si de tels faits se renouvelaient, ne pourrait-on pas penser à pratiquer quelque opération sur le corps des vertèbres malades? Les progrès du diagnostic en donnent au moins l'espérance. Je possède actuellement huit ou dix faits fort remarquables et très-pratiques relatifs aux applications de la percussion aux maladies de

la moelle et du rachis (1). Nous reviendrons sur ce sujet dans notre dernier volume.

8683. Sur une autre femme, encore dans nos salles, et qui semblait périr de l'anémie consécutive à une entérite septicémique parvenue au plus haut degré, des escarrhes larges de près de vingt centimètres se prononcèrent à la région sacrée. Le même traitement que celui de la maladie citée au n° 7979 eut exactement le même résultat.

8684. D'après les faits précédents, il nous est impossible de douter que l'emploi convenable des lavages à grande eau du quinquina en poudre, et surtout de l'alcool créosoté, ne soit d'une extrême utilité dans le traitement des nécrosies, et qu'il conserve les parties mortes, qu'il prévient l'absorption des liquides putréfiés, et qu'enfin, secondé des aliments et des excitants, il contribue à l'amélioration de l'état du sang et de la constitution. M. Marchal de Calvi a de son côté recueilli quelques faits intéressants sur l'utilité de la créosote dans le traitement des nécrosies; il a bien voulu me rapporter l'antériorité de cette application dans la *Gazette des hôpitaux* (sept. 1844); je l'en remercie: c'est là un exemple remarquable de cette bonne foi médicale que chacun de nous devrait avoir. C'est une telle conduite qui honore notre profession. Cette manière de faire offre un contraste bien frappant avec les publications oubliées de certains hommes dont la basse vengeance n'écoute, pour apprécier les travaux de leurs maîtres, que l'esprit étroit des coteries, ou que la paresse qui les a empêchés de s'instruire utilement.

(1) De nombreux faits démontrent pour nous l'extrême utilité pratique de la limitation plessimétrique des rachis. Les applications de ce moyen sont surtout importantes : 1° dans le diagnostic des déviations *commençantes* de l'épine; 2° dans le mal de Pott; 3° dans les abcès par congestion. En attendant notre dernier volume, nous publierons incessamment un mémoire sur ce sujet : contentons-nous de dire ici que, faute de percuter *plessimétriquement* la colonne vertébrale, des hommes du premier mérite n'ont pas reconnu des lésions fort graves.

FIN DU QUATRIÈME VOLUME.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME.

ANGIBROMIES.

CHAPITRE PREMIER.

CHAPITRE II.

CHAPITRE III.

CHAPITRE IV.

CHAPITRE V.

CHAPITRE VI.

CHAPITRE VII.

CHAPITRE VIII.

CHAPITRE IX.

CHAPITRE X.

CHAPITRE XI.

CHAPITRE XII.

CHAPITRE XIII.

ANGIBRÔMITES SPÉCIALES.

CHAPITRE XIV.

CHAPITRE XXII.

ADÉNOPATHIES.

Première Section.

CHAPITRE PREMIER.

CHAPITRE II.

CHAPITRE III.

Deuxième Section,

CHAPITRE PREMIER.

CHAPITRE II.

CHAPITRE III.

CHAPITRE IV.

CHAPITRE V.

CHAPITRE XVI.

CHAPITRE XVII.

FIN DE LA TABLE.

FAUTE A CORRIGER, page 262, dernier alinéa.

Au lieu de fièvre typhoïde des anciens, *lisez* fièvre typhode des anciens.

PARIS. — IMPRIMERIE DONDEY-DUPRÉ,
rue Saint-Louis, 46, au Marais.

